

CT

診療情報提供書
CT検査

☐ 依頼施設用
☐ 高の原中央病院用
ご記入後コピーして各施設用にご使用ください。

撮影日	年	月	日	HPコード	予約日時	年	月	日	()	午前	午後	時	分				
I DNo.					御紹介医	病院名											
氏 名						所在地											
生年月日						TEL											
依頼						発行日											
臨床診断										検 査 部 位							
主 訴										☐ 脳	☐ 胸 部						
手術・既往歴										☐ 副鼻腔	☐ 腹 部						
現症・現病歴 および検査目的										☐ 聴 器	☐ 骨 盤 部						
										☐ 顔 面	☐ 脊 椎 (C,Th,LS)						
										☐ 頸 部	☐ 四肢()						
										☐ 血 管	☐ 冠 動 脈						
										☐ 歯 科	その他 ()						
										造 影				あり		なし	
										依頼医師名				感 染 症	HBsAg (- ・ +)		
HCV (- ・ +)																	
STS (- ・ +)																	
MRSA (- ・ +)																	
緑膿菌 (- ・ +)																	
科 ()				その他 ()													
そ の 他																	