診療情報提供書[CT検査依頼書]

紹介先医療機関名

さかえ病院　放射線室

紹介元医療機関
名称・所在地
医　師　名
T　E　L
F　A　X

検査日	月　日　AM・PM　時　分

患者	フリガナ		妊娠	□ 有　□ 無
	名 前	（男・女）	生年月日	年　月　日(　)歳
	住 所	〒 TEL(自宅)：　TEL(携帯)：		

●検査項目

C T　【□頭部 □ 頚部 □ 胸部 □ 腹部 □ その他 （　）】

撮影方法　□ 単純　□大腸CT
□造影

読 影 結 果　□ 必要　□不要

傷 病 名 ：
紹 介 目 的 ：

医療法人社団 和敬会 さかえ病院（FAX:078-994-4989）