

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		当院受診歴	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
	名 前	(男・女)	生年月日	☐ 大 ☐ 平	年 月 日	
	住 所	TEL(自宅): TEL(携帯):				

●検査項目

☐ C T 【☐頭部 ☐頸部 ☐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 :