

CT

CT 検査依頼書(診療情報提供書)

笠岡第一病院 地域医療連携室 宛

年 月 日

紹介元
医療機関名

TEL

医師氏名

先生

FAX

※折り返し貴院へ「検査予約票」をFAXいたしますので、この依頼書原本と共に患者様へお渡しください。

ふりがな 患者氏名	様	男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
患者連絡先	TEL - -		当院受診歴 あり ・ なし 保険種別 ☐ 交通事故 ☐ 労災
住所	〒		

★検査前確認事項 注)安全な検査のため、必ずご確認ください

心臓ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有
埋込み型除細動器	☐ 無 ☐ 有(本体に直接照射禁忌の為、その部分は撮影不可)
グルコースセンサー	☐ 無 ☐ 有(検査不可※ただし当日除去して来院される場合は検査可)
妊娠の可能性	☐ 無 ☐ 有(検査不可)

検査部位	頭部・眼窩・副鼻腔・聴器・頸部() 胸部・腹部(上腹部～骨盤部・上腹部のみ・骨盤部のみ)・頸椎・胸椎・腰椎 上肢()・下肢() その他() 血管造影【 心血管・大動脈(胸部・腹部)・下肢・ 】
造影の有無	☐ 有 ※有の場合、ご記入ください。 気管支喘息(無・有) 造影剤アレルギー(無・有) 腎機能検査(測定日 年 月 日) BUN _____mg/dl クレアチニン _____mg/dl 糖尿病薬の内服(無・有→薬剤名) ※薬剤によっては前後併せて5日間の休薬が必要になります ☐ 無
詳細	※必ずご記入ください

希望検査日時	第一希望 月 日 () 午前 ・ 午後 第二希望 月 日 () 午前 ・ 午後
--------	--

FAX 0865-67-0235

直通TEL 0865-67-0230

医療法人社団清和会 笠岡第一病院 地域医療連携室
FAX受付時間 月～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30
(年末年始・祝祭日除く)
※時間外・休診日にFAXをいただいた場合、
お返事は翌開業日になります。

(2024.6)