

頭部 CT 検査依頼書 兼診療情報提供書

同和会千葉病院

依頼日； 年 月 日

FAX（外来直通）047-466-2185

CT 検査 担当医宛

紹介元医療機関の名称；

所在地；

電話番号； Fax;

依頼医師氏名；

患者氏名；	殿	性別；
患者住所；		電話番号；
生年月日；	年 月 日 （ 歳）	

* 下記について該当する場合は、☒印を付けて下さい。
（なお、撮影はプレーンのみで造影検査は行いません。）

当院カルテ番号；☐あり；ID; ☐なし

診断、症状経過、既往歴、現在の処方、検査結果等（貴院書式の別紙添付でも可能です。）

読影及び CD の希望

☐① 読影；要 CD；要 ☐② 読影；要 CD；不要 ☐③ 読影；不要 CD；要

（* 妊娠中及びその可能性のある方は撮影できません。）