

CT

## 診療情報提供書(患者紹介状)

## 古河赤十字病院 外来担当医殿

受診予定日

平成 年 月 日  
午前・午後 時 分

〒306-0014 茨城県古河市下山町 1150

TEL 0280-23-7111 (代表)

FAX 0280-23-7120

CT 室 (内線 1205)

ご紹介元

施設名・診療科名

医師名

住所

TEL・FAX

ご紹介患者

フリガナ

男・女

M・T 年 月 日生

患者氏名

S・H

( ) 歳

住所

TEL・FAX

疾患名(臨床診断)

目的部位 頭 (全脳 下垂体 内耳道 眼窩 副鼻腔) 頸部 胸部 腹部 (全腹部 上腹部)  
骨盤部 脊椎 (頸・胸・腰) 四肢 (肩・股・膝) その他 ( )

撮影方法

単純のみ

造影のみ

単純 + 造影

症状経過・治療経過・検査結果・現在の処方など (できる限り具体的にご記載願います)

検査日 H 年 月 日

造影検査の場合は必ずご記入下さい。クレアチニン値 [ ] (3ヶ月以内の検査結果有効)

腎機能異常 (有 無) アレルギー既往歴 (有 無 GO) (有)の場合具体的に

持参資料 (資料なし CT MR X線写真 心電図 検査記録 その他 ( ))

お願い ご不明な点・ご紹介内容の変更などがございましたら、当院放射線科までお問い合わせ願います。