

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

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

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	T・S	年	月	日生
患者氏名		H・R		()	歳
住所	TEL				

主訴・傷病名

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 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 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）

- ・造影剤副作用歴（有・無）
- ・糖尿病薬（ビグアナイド系）の服用（有・無）
- ・甲状腺機能亢進症（有・無）
- ・喘息（有・無）
- ・ペースメーカー、ICD等の挿入（有・無）
- ・妊娠（有・無）