

CT検査依頼書

年 月 日

【紹介先】

医療法人 晴生会

晴生会さっぽろ南病院

地域連携・医療福祉相談室

〒005-8798

札幌市南区川沿14条1丁目5番1号

直通 FAX. 011-571-5124

直通 TEL. 011-571-5122

【紹介元医療機関】

住所 〒

名称

TEL

FAX

医師氏名

印

フリガナ		患者住所	〒
患者氏名	様(男 女)		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	TEL.	() -

【検査依頼】	確認事項	撮影部位	画像
<input type="checkbox"/> CT	・読影 要・不要	()部	<input type="checkbox"/> フィルム (7mm厚) <input type="checkbox"/> CD-R (1mm厚)

検査後、患者様に画像をお渡します。

【主訴又は傷病名】

にて、CTをお願いします。

症状経過・治療経過等（別紙可）

ADL 独歩・杖歩行 車いす ストレッチャー
 貴院 外来通院中 入院中
 付添い 無 家族 その他 ()
 留意事項

希望日時 ・ 来院不可日