

CT検査依頼書

平成 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

〒005-0814

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 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"/> CD-R (1mm厚)

検査後、患者様に画像をお渡します。

<p>【主訴又は傷病名】</p> <p>にて、CTをお願いします。</p> <p>症状経過・治療経過等（別紙可）</p>
<p>ADL <input type="checkbox"/>独歩・杖歩行 <input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>ストレッチャー 貴院 <input type="checkbox"/>外来通院中 <input type="checkbox"/>入院中 付添い <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>その他 () 留意事項</p> <p>希望日時 ・ 来院不可日</p>