

紹介状(CT検査依頼書)

(診療情報提供書)

令和___年___月___日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

予約希望日 令和 年 月 日 ()

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名:	科	印
電話番号:	() -	
FAX番号:	() -	
申込担当者:		

フリガナ	旧姓	性別	患者さん予約待ち状況		
患者氏名	受診歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 当院外来にて待機中 <input type="radio"/> 当院入院中 <input type="radio"/> 帰宅の後、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ()	
生年月日	○明治 ○大正 ○昭和 ○平成 ○令和 年 月 日	歳			
住所	〒 _____				

自宅	() -	連絡先	() -
主保険	保険者番号 記号	1.本人 2.家族	併用保険 負担者番号 受給者番号

来院方法 独歩 車いす ストレッチャー その他特記事項 ()

紹介目的 検査(CT)
 目的臓器(目的部位) 頭部 胸部 上腹部(肝 胆 脾) 全腹部 胸腹部
冠動脈 その他 ()
 造影 要 クレアチニン eGFR
不要[検査日] 年 月 日 ※3か月以内のクレアチニン値およびeGFR値を記入してください。
 ※腎機能が悪い場合、eGFR<45は、原則単純撮影をお願いします。
 ※eGFR<45の場合でも、造影が必要な場合は、CT室までご連絡ください。

患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて
 (直接予約日変更時も下記予約受付時間での対応となります)

承諾する 不承諾

不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。

肝障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	感染症	HBs	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	
腎障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		HCV	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	
アレルギー歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		Wa氏	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	
喘息	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		その他	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査 ()	

前回検査 初診 再診 (年 月 日) 所見:

診断名 主訴

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」

結果(所見)返送方法	<input type="radio"/> すべて返送 <input type="radio"/> 所見のみFAX、その他郵送 <input type="radio"/> その他()
ビグアナイド系糖尿病薬の服用	<input type="radio"/> 服薬なし <input type="radio"/> 服薬有り(休薬必要なし) <input type="radio"/> 服薬有り(前後5日間休薬)

添付資料 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 CT・MRI画像 ()

※FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)