

CT 検査依頼票兼紹介状

フリガナ 氏名 _____ 様 男・女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 才 体重 _____ Kg
連絡先 _____ 自宅 ()
_____ 日中(携帯) ()

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分
紹介元医療機関 _____ 先生

検査部位	臨床診断・疑い病変名
<input type="checkbox"/> 頭 部	検査部位、症状、臨床経過及び検査目的（具体的に記入をお願いいたします）
<input type="checkbox"/> 頸 部	
<input type="checkbox"/> 胸 部	
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・腎)	
<input type="checkbox"/> 骨 盤	
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰・仙)	
<input type="checkbox"/> その他	
造影検査(無 ・ 有)	

CT検査チェック項目(記入漏れの無いよう、厳重にお願いいたします)	
心臓ペースメーカー _____ 無 ・ 有	ICD(植込み式除細動器) _____ 無 ・ 有
・心臓ペースメーカー や ICD を装着されている方は必ずペースメーカー手帳やICD手帳を持参してください。 ・手帳の確認が出来ない場合やX線の照射を禁止されている製品、ICDの場合は本体部を除いた撮影を行います。	
妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 不明	
備考欄	

紹介先 医療法人社団 鵬友会
ゆめが丘総合病院

〒245-0017 神奈川県横浜市泉区下飯田町1609-1
地域連携室
TEL 045-803-1610(直) FAX 045-803-1604(直)