

紀南病院 CT検査依頼票(診療情報提供書)

<紀南病院控え>

フリガナ

患者氏名

男
・ 生年月日 年 月 日生 歳
女

[紀南病院カルテNo.

検査日時

年 月 日 午前 時 分から]
午後

画像CD-R 要 不要

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 胸部(HR-CT) <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・脾) <input type="checkbox"/> 骨盤部	脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+ダイナミック <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床診断名(日本語でご記入下さい)		依頼元医療機関(医師名)
検査目的・臨床経過・既往歴 等		