

# 診療情報提供書（検査依頼書）

年 月 日

紹介先 つだ内科・脳神経内科

〒661-0033 尼崎市南武庫之荘1丁目12-1 松弥サウスモール2階

TEL 06-6433-7000 FAX 06-6433-7010

\*感染症が疑われる患者様の場合、必ず事前にご連絡ください。

(フリガナ)		紹介元医療機関		
氏名 様				
生年月日 年 月 日( 歳)				
性別 男 ・ 女				
予約日時： 月 日 時 分より				
●以下の該当するものにチェックを付けてください				
検査種別	CT検査			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰・仙椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部
	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
病名・検査目的				
臨床経過				
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名： )			
来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( ) *ストレッチャーは、エレベーターの構造上乗りません。			