

診療依頼票 **CT**検査(FAX送付票)

FAX送信日	令和 年 月 日()	検査日	令和 年 月 日()
フリガナ		大・昭・平・令	
患者氏名		年 月 日生(歳)	性別 男・女
住所・電話番号	〒 (TEL - -)		

保険情報	保険者番号		公費番号	市町村番号	
	記号・番号			受給者番号	
	資格取得		福祉医療	負担者番号	
	続柄	本人・家族		受給者番号	

診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院
放射線科
担当 医 先生

所在地
医療機関
電話・FAX
医師氏名

印

臨床診断名			
主訴 臨床経過 検査目的 コメント			
撮影部位	頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤・脊椎・四肢・その他()		
造影	要・不要	感染症	
腎障害	- ・ + (クレアチニン . mg/dl)		
身長	cm	ペースメーカー	有・無
体重	kg	ヨードアレルギー	有・無
喘息	有・無	妊娠	有・無
食事制限	なし ・ 朝食絶食 ・ 昼食絶食		
移動形態	単独歩行可 ・ 歩行可(要介助) ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		

※太枠の中は、必須事項となりますので必ずご記入ください。