

紹介状(診療情報提供書)

CT検査用

岡山中央病院
放射線担当医先生侍史

年 月 日

医療機関

所在地・名称

医師氏名

印

電話番号

患者氏名	男	大・昭・平・令
	女	年 月 日生(歳)

紹介目的	CT (単純 ・ 造影) 検査	単純・造影のチェックを してください
------	-------------------	-----------------------

検査日時	年 月 日 AM/PM 時 分
------	-----------------

検査部位			
頭 頸 部	<input type="checkbox"/> 頭部	軀 幹 部 / 椎 体	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 頭部3D		<input type="checkbox"/> 腹部(肝～骨盤)
	<input type="checkbox"/> 眼窩		<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・腎)
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔		<input type="checkbox"/> 骨盤()
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 椎体(C・Th・L・S)	四 肢	<input type="checkbox"/> 上肢()
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 下肢()
			<input type="checkbox"/> その他()

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴
症状・治療経過
検査結果等

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	手術歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

造影CTの時

・腎機能 CRE値(mg/dl, 採血日 年 月 日)

・糖尿病薬 無 有()

現在の処方

備考	① Film or CD-R
	② 当日受診 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
	③ 所見 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>