様式3

診療情報提供書（CT 検査依頼）

紹介元医療機関名	名称・所在地 TEL・FAX 医師名 ご担当者名
フリガナ 患者様氏名	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒 TEL：

保険番号									公費							
記号		番号		枝番												

本人 ・ 家族	負担割合　　割

CT 撮影部位	造影剤【要・不要】⇒要の場合：別途問診票記入が必要となります。 ヨード造影剤アレルギー □なしを確認済み 糖尿病薬 □服用中（　　） 腎機能　　Cr 値（　　） □頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □その他【　　】
依頼目的	□別紙 診療情報提供書あり 傷 病 名 紹介目的
CT 検査における確認事項	ペースメーカー ・ 埋込式除細動器　□なし　□あり 妊娠 ・ 授乳　□なし　□あり
検査希望日	第1希望　年　月　日　時　□いつでも可 第2希望　年　月　日　時　□その他
画像検査結果	CD−ROM　当日持ち帰りとなります 所見　□FAX（原本郵送）　□郵送のみ

医療法人朋愛会 朋愛リハビリテーション病院 地域医療連携室　TEL:06−6973−7100（直通）　FAX:06−6973−3322

受付時間:月～金 9:00～17:00

※上記以外でも FAX をお送り頂ければ、
翌日または休日明けにお返事いたします。

（R8.10.1）