

診療情報提供書（CT検査依頼書）

NTT東日本関東病院 医療連携室
TEL 03-3448-6192
FAX 0120-34-4810（03-3448-6071）

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

患者情報				依頼元医療機関			
フリガナ				住所			
氏名				医療機関名			
生年月日	年	月	日（満歳）	電話番号			
性別	男・女	身長	cm	FAX番号			
体重	kg			医師名			
妊娠の可能性	☐ なし ☐ あり	※ 妊娠の可能性ありの場合には 検査を行えない場合があります。					
住所	〒			関東病院 受診歴	☐ あり 【診察券番号】 ☐ なし ☐ 不明		
電話番号							

検査希望日	第1希望	年	月	日	時頃
	第2希望	年	月	日	時頃
※ご予約は申込日の翌々日以降になります。 ※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡をいたします。					
検査部位 (1つ選択)	☐ 脳 ☐ 眼窩 ☐ 副鼻腔 ☐ 聴器 ☐ 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎）※ ☐ 右・左 上肢（ ）※ ☐ 頸部 ☐ 頸部～胸部 ☐ 頸部～上腹部 ☐ 頸部～骨盤部 ☐ 胸部 ☐ 胸部～上腹部 ☐ 胸部～骨盤部 ☐ 上腹部 ☐ 上腹部～骨盤部 ☐ 骨盤部 ☐ 股関節 ☐ 右・左・両 下肢（ ）※ ※脊椎は部位を指定してください。四肢については左右を○で囲み、手、膝、前腕など具体的部位を括弧内に記入してください。				
造影剤使用	☐ 希望しない ※ 造影剤使用の場合には患者さんにご説明の上、同意書の取得と記入をお願いいたします。あらかじめ採血データ（血清クレアチニン）による腎機能の確認と検査結果などの添付をお願いいたします。 ☐ 希望する ※ 実際の使用は同意書、腎機能および検査目的から当院放射線部医師の判断で最終決定します。				
体内金属情報	☐ 心臓ペースメーカー ☐ 除細動器 ※ 心臓ペースメーカー、除細動器を挿入された患者さんは手帳を持参してください。 また、機器によっては範囲をスキップして検査を行います。				
臨床診断 (病名)					
検査目的／ 臨床情報など					
画像の提供方法	☐ 不要 ☐ 画像ディスク				