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 03-3448-6111（代表）
FAX 0120-34-4810（03-3448-6071）

申込日	年　　月　　日

患者情報					
フリガナ 氏名					
生年月日	年　月　日（満　　歳）				
性別	男 ・ 女	身長	cm	体重	kg
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	〒 電話番号				

依頼元医療機関
住所
医療機関名
電話番号
FAX番号
医師名

関東病院受診歴	□ あり 【診察券番号　　】 □ なし □ 不明

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致します。
検査部位（１つ選択）	□ 脳　□ 頚部　□ 胸部　□ 上腹部 □ 眼窩　□ 頚部～胸部　□ 胸部～上腹部　□ 上腹部～骨盤部 □ 副鼻腔　□ 頚部～上腹部　□ 胸部～骨盤部　□ 骨盤部 □ 聴器　□ 頚部～骨盤部　□ 股関節 □ 脊椎（ 頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾椎 ）※ □ 右 ・ 左 上肢（　　）※　□ 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 □ 希望する ※ 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します。 ※ 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 □ 除細動器 ※ 心臓ペースメーカ、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