

CT検査依頼表（診療情報提供書）

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 才		
患者携帯番号		宝塚磯病院受診歴	有 無
紹介元医療機関名		医師名	
所在地		電話番号	
		FAX番号	

検査日時	令和 年 月 日 ()	午前・午後 時 分
------	--------------	-----------

単 純 C T	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 尾骨) <input type="checkbox"/> その他 (
------------------	---

患者情報をご記入下さい。

傷病名	
検査目的	
症状経過	

* 診療情報をご記入後、この用紙をFAXしてください。

医療法人社団 栄徳会 宝塚磯病院

地域連携室

TEL: 0797-62-6679

FAX: 0797-62-6671