

CT検査依頼票兼診療情報提供書

FAX送信票

公立黒川病院 地域連携室 FAX:022-345-3120

公立黒川病院 地域連携室 宛

送信日：令和 年 月 日

依頼元

医療機関名称：

TEL：

医師名：

FAX：

患者ID	*黒川病院で記入致します	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フリガナ		生年月日	
患者氏名		大正・昭和 平成・令和	年 月 日生
性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所	〒		
連絡先	自宅：	携帯電話：	
保険	<input type="checkbox"/> 国保(後期) <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 自費		

傷病名 (主訴)	造影：有 無		
検査部位	項目(○で囲むか、部位詳細ご指示下さい)		
頭頸部	脳 頸部 甲状腺 副鼻腔 内耳・中耳		
	顔面骨 眼窩 鼻骨 頬骨		
胸・腹部	胸部 頸胸部 上腹部 腹部全体 骨盤部 股関節(両側)		
椎体	頸椎 胸椎 腰椎 仙椎・尾椎		
四肢	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢		
部位詳細	(撮像方法等ご希望があれば記入ください)		
画像記録媒体	<input type="checkbox"/> CD(Windows用) <input type="checkbox"/> フィルム(別料金)		
検査希望日	<input type="checkbox"/> 特に希望日なし <input type="checkbox"/> 第1希望() <input type="checkbox"/> 第2希望()		