

歯科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 地域医療連携室 宛

送信日 : 令和 年 月

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 | | 明治・大正 昭和・平成 | 年 月 日生 |

検査目的となる主訴・症状・病歴・合併症・検査所見

| | |
|--------|---|
| 検査部位 | 撮影項目(○で囲んでください) |
| 頭頸部 | 顔面骨 (上顎骨 下顎骨 鼻腔 副鼻腔) |
| 画像記録媒体 | <input type="checkbox"/> CD(Windows用) <input type="checkbox"/> CD(JPGのみ) <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() |

造影CTについては各診療科に診療情報提供書をお願いします