

CT検査申込書 兼診療情報提供書

【FAX 0120-503-620】

市立函館病院 地域医療連携室行き

市立函館病院

放射線科 小川 肇 先生 御机下

依頼元医療機関・医師

㊞

(ふりがな)		申込日時： 年 月 日		
患者氏名： 様		年 月 日生	才	男・女
希望検査日： 年 月 日		CT検査歴：有（ 年 月ころ）・無		
検査部位（ <input checked="" type="checkbox"/> をお付け下さい）				
<input type="checkbox"/> 頭 部		<input type="checkbox"/> 血管系 { <input type="checkbox"/> 冠動脈		
<input type="checkbox"/> 頸 部		<input type="checkbox"/> その他（具体的に：)		
<input type="checkbox"/> 胸 部				
<input type="checkbox"/> 腹部・骨盤				
<input type="checkbox"/> 胸腹部骨盤				
<input type="checkbox"/> その他（具体的に：)				
造影剤				
<input type="checkbox"/> 単純		<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影	

※造影の場合				
喘息・アレルギー： 有（)・無				
腎機能：Cr（) eGFR（)				
病歴・検査目的（ <input checked="" type="checkbox"/> をお付け下さい）				
<input type="checkbox"/> 別紙の通り				
<input type="checkbox"/> 以下の通り				
特記事項				

☆☆☆市立函館病院から依頼元医療機関さまへ☆☆☆

※検査は混み合っておりまして、希望検査日に沿えない場合がありますので、ご了承ください。

※検査終了後の所見および画像（CD-R）は後日、ご依頼元の医療機関へ郵送いたします。

なお、メディカ（ID-Link）へ参加の医療機関は患者さんの同意書を添付いただきますと、検査終了後すぐに画像をご覧いただけます。

市立函館病院 地域医療連携室 TEL（直通）0120-506-280