

外部CT予約票 [診療情報提供書]

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名 (病院・施設印で構いません)

熱海所記念病院 (FAX 0557-83-5412)

当院受診歴 (あり・なし)

予約日時 月 日 時 分 医師名

刀がナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生

住所 TEL () -

・診断名・疑い病名

・診断名に対する臨床情報

※ 検査必要項目を下記から選択し、○をつけてください

頭部	・大脳 ・小脳 ・脳幹 ・下垂体 ・眼窩 ・副鼻腔 ・内耳 ・その他 ()
頸部	・甲状腺 ・その他 ()
胸部	・縦隔 ・肺 ・内耳 ・大動脈
腹部	・肝 ・脾 ・腎 ・副腎 ・その他 ()
骨盤腔	・子宮 ・卵巣 ・その他 ()
椎体	・頸椎 ・胸椎 ・腰椎
四肢	(部位)
造影検査	1. なし 2. あり※ ※ CT造影剤検査を必要とする場合は、別紙の「CT造影剤の同意書」の記載をお願いします

※上記以外に検査法、検査部位等にご希望がありましたらお書き下さい