

## CT検査依頼表（診療情報提供書）

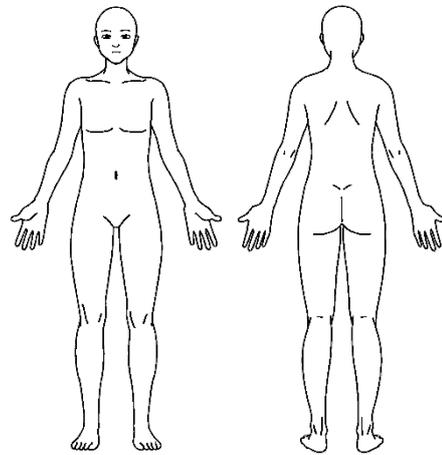
フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日（才）
患者電話番号 （携帯）		やわらぎクリニック 受診歴	有・無
紹介元医療機関名	医師名		

検査予約日時	令和	年	月	日（ ）	午前・午後	時	分
--------	----	---	---	------	-------	---	---

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 脊椎（ ） <input type="checkbox"/> 四肢（右・左・両 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
手技：単純	※ 複数 <input checked="" type="checkbox"/> 可	

検査目的：

既往歴、現症：  
（手術歴）



女性の場合、妊娠あるいはその疑い： 無 有

読影レポート	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
--------	--

**【予約方法について】**

- ①当院に電話にてご連絡の上、検査予約日を確定してください。
- ②診療情報をご記入後、右記にこの用紙をFAXまたはe-mail添付にて送信をお願いします。
- ③『CT検査のご案内』の用紙にご記入いただき、患者様にお渡しください。

医療法人やわらぎ会

**やわらぎクリニック**

TEL：0745-31-6611

FAX：0745-31-6622

e-mail：yawaragi.316611@gmail.com