

診断情報提供書

医療機関 大島医院 〒990-2321 山形市桜田西4-1-14
TEL 023-641-6419 FAX 023-641-6427
(CT検査予約直通 023-641-5211)

CT担当医 殿

年 月 日

医療機関名		科名	主治医名		連絡先
来院予約日時		年 月 日	曜日	午前 午後	時 分
患者	フリガナ		職業	住所	
	氏名				
患者	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)	男・女	電話番号	
紹介目的	CT検査依頼				
	部位	頭部・側頭骨・副鼻腔・顔面(部位)			
		頸部・胸部・腹部・骨盤部			
		脊椎(頸・胸・腰)・上肢(部位)・下肢(部位)			
	3D(有・無) その他()				
造影検査 有・無・一任 (有の場合、3か月以内のクレアチニン値をご提供下さい) _____mg/dl					
臨床診断名					
既往歴及び家族歴					
症状経過 及び 検査目的 治療経過 など					
患者に関する留意事項	薬剤などアレルギー歴	無・有 ()			
	検査部位の手術歴	無・有 (手術名)			
	当院での検査歴	無・有			
	体内金属	無・有 (具体名)			
	心ペースメーカー確認	無・有			
検査所見	HBsAg	-	+	不明	ワ氏 - + 不明
	HCV	-	+	不明	その他 ()
現在の処方					
備考	読影レポート	要	フィルム	要・不要	CD-R 要・不要

※参考となる X 線画像及び他の画像診断データ等に関する資料をできるだけ添付してください。