

# 単純CT検査依頼書（共同利用検査）

西暦 年 月 日

## 患者様情報

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 - 電話番号	

## 紹介元医療機関

名称	
医師名	
TEL・FAX	

※ご依頼の検査と撮影部位のチェックをお願いします。

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 胸腹部 (2部位検査)
検査目的		
装着医療機器	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> ペースメーカー (ICD) <input type="checkbox"/> 血糖測定器 (リブレ等)
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共同利用CT検査は単純CTのみです。</li> <li>・腹部CT検査は4時間前より食事を控えてください。(水・お茶は飲めます)</li> <li>・造影検査やICD移植後の検査は、医療機関へご相談ください。</li> </ul>	

出石医療センター