

診療情報提供書 (CT検査依頼書)

大阪府済生会 新泉南病院
〒590-0535
大阪府泉南市りんくう南浜3番7
TEL072-480-5618
FAX072-485-0217

フリガナ 患者氏名	様	性別	☐ 男性 ☐ 女性	予約日時	年	月	日	時	分
生年月日	年	月	日	歳	貴院名				
患者様住所	〒				医師氏名				
連絡先	TEL				連絡先	TEL			
						FAX			

傷病名

--

紹介目的 下記の通り、CT検査を依頼します。

--

既往歴および家族歴

--

症状、治療経過、現在の処方

--

患者の状態	☐ 歩行	☐ 車椅子	☐ ストレッチャー	感染症	☐ 無	☐ 有 (	妊娠	☐ 無	☐ 有
撮影方法	☐ 単純	☐ 造影	☐ 単純+造影	所見	☐ 要	☐ 不要			
造影検査時には 記入してください	アレルギー性疾患の有無			☐ 無	☐ 有 (				
	腎機能			☐ 正常	☐ 異常	血清クレアチニン	(		
	甲状腺疾患の有無			☐ 無	☐ 有	重篤な心疾患の有無	☐ 無	☐ 有	) mg/dl

検査部位	☐ 頭部	☐ 頸部	☐ 胸部	☐ 上腹部	☐ 骨盤	☐ その他 (				
							☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 四肢

備考

--

※新泉南病院 記入欄	画像出力	CD
照射録	撮影条件	
CT No. :	撮影者名	
コメント	使用薬剤等	
	オムニパーク 300 シリンジ 100ml	本
	オムニパーク 350 シリンジ 100ml	本
	サーフロー針×	
	エクステンションチューブ×	
	生理食塩水 100ml	本