診療情報提供書　（ＣＴ検査用）

公立高畠病院　宛　　平成　　年　　月　　日

紹介医療機関名称		ＴＥＬ番号 （　　）
住　　所		ＦＡＸ番号 （　　）
医　師　名		

フリガナ		生 年 月 日：Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ 年　　月　　日生
患者氏名		性　　別：　男　・　女　（　　才）
住　　所		ＴＥＬ番号：　　（　　）

患　者　診　療　情　報　（検査目的についてはできるだけ詳しくご記入ください）

主訴または病名　　感染症（有・無）ＭＲＳＡ・ＨＣＶ・ＨＢ・ＴＰＨＡ・その他（　　）
腎機能障害（有・無）ＢＵＮ（　　）・クレアチニン（　　）

体重：　　kg

検査目的：

希望事項：

□　ビグアナイド系糖尿病薬　服用中止説明済
（　　月　　日～中止）

ＣＴ検査部位：該当する部位と術式を選び、☑してください。

□　脳　　□　頚部　　□　腹部　　□　骨盤部　　□　脊椎・脊髄　　□　四肢
□　肺（縦隔）（Ｘ線フィルムを持参ください）　□　脊椎（Ｘ線フィルムを持参ください）
□　その他（　　）　□　内臓脂肪測定
□　肺気腫測定（以下記入必須）　①喫煙状況：□吸う　□吸わない　□やめた
②禁煙年齢：＿＿歳で禁煙　③喫煙本数：＿＿本／日　④喫煙年数：＿＿年

術式希望：□単純のみ　□造影のみ　□単純＋造影　□３Ｄ

画像の写し（フィルム）：　□要　　□不要　　□ＣＤ－Ｒ

【予約希望日】
第1希望日　平成　　年　　月　　日　（　　）
第2希望日　平成　　年　　月　　日　（　　）

【予約結果】　＊患者様は、予約時間の10分前に来院して頂き、保険証と紹介状を正面玄関を入った「中央受付」にご提示ください。
なお、造影剤使用の患者様につきましては、問診票もご持参ください。

予約日時　　平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

〒992-0351　山形県東置賜郡高畠町大字高畠386番地
公立高畠病院　医療連携・病床管理室　ＴＥＬ 0238-52-1500（内線:6940）
ＦＡＸ 0238-52-5412