

CT 検査 予約申込書 兼 紹介状(診療情報提供書)

飯塚市立病院(放射線科)

FAX 番号(地域医療連携室) 0948-23-9335

患者情報記入欄											
フリガナ					男	生年	明・昭		年	月	日生
氏名					女	月日	大・平				
住所											
保険区分	健被	健扶	日被	日扶	国被	国扶	退被	退扶	生保	労災	
	自費	自賠	乳児	障害	母子	前期高齢(割負担)	後期高齢(割負担)		
保険者番号			記号			番号			公費負担番号(老人保健含む)		

予約日 年 月 日(曜日) 時 分										
検査部位 (検査は原則として1部位とし、該当部位を○で囲んでください)										
頭頸部	頭部	眼窩	側頭骨	副鼻腔	頸部	頸椎				単純・造影
躯幹部	胸部	上腹部	骨盤部	胸椎		肩関節		アレルギー 有・無		
				腰椎		股関節				
四肢	右・左	上腕・肘関節・前腕・手関節・手指・()				喘息 有・無				
		大腿・膝関節・下腿・足関節・足趾・()								
特殊	DIC-CT	脳血管	頸部血管	腹部血管	下肢血管	Creat mg/dl				

診断名または主症状

検査目的

主治医 _____

別紙、造影検査説明に対して、十分ご理解いただけうえ、ご署名をお願いいたします。

造影検査を受けることに同意します。 (ご署名) _____

ご希望の画像提供方法をお選びください CD ・ フィルム

紹介元医療機関	TEL
	FAX