

(医療機関様 → 共立荻野病院)

## 診療情報提供書 (検査依頼書)

年 月 日

紹介先 共立荻野病院 放射線科

〒442-0812 愛知県豊川市三上町雨谷口32

TEL 0533-86-2161 FAX 0533-86-0917

\* 感染症が疑われる患者様の場合、必ず事前にご連絡ください。

\* 造影剤を使用しての検査は行っておりません。

(フリガナ)		紹介元医療機関	
氏名 様			
生年月日 年 月 日 ( 歳)			
性別 男 ・ 女			
予約日時： 月 日 時 分より			
●以下の該当するものにチェックを付けてください			
検査種別	CT検査		
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰・仙椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部
	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤腔	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔
病名・ 検査目的			
臨床経過			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名： )		
来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )		