

CT検査申込書 兼 診療情報提供書(紹介元医師記入用)

紹介先医療機関  
〒110-8645  
東京都台東区東上野2-23-16  
ライフ・エクステンション研究所付属 永寿総合病院  
代表電話 03(3833)8381  
地域医療連携センター 03(3833)8897  
FAX番号 03(3834)2351

紹介元医療機関  
〒  
住所  
医療機関名  
電話番号  
FAX番号

フリガナ		明・大 昭・平	年	月	日	歳
患者氏名	殿					男・女
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	診察券番号:				

検査予約日時	年	月	日	午前・午後	時	分
--------	---	---	---	-------	---	---

検査部位 (検査時間が限られているため原則1部位とさせていただきます)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	---

造影剤使用希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任 あり、一任の場合 腎排泄機能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( ) 肝機能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( ) 喘息の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *血液データを添付して頂けると幸いです
---------	---

検査目的 【必須入力】	
----------------	--

臨床経過	
------	--