

# CT検査依頼票

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

医療機関の名称

医師名

予約日時 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

フリガナ 氏名	生 年 月 日 明治・大正・昭和・平成 男・女
住所 〒	年 月 日 生( 歳)

検査部位
<input type="checkbox"/> 頭部
<input type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎) ~
<input type="checkbox"/> 骨盤部
<input type="checkbox"/> 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎) 中心
<input type="checkbox"/> その他 ( )

臨床診断名	手術歴
	薬物アレルギー
現病歴 検査所見 治療経過 検査目的等	
( 詳しくお書き下さい。 )	

備考 : 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付・ご持参願います。  
所見については、FAXもしくはPCメール(ご相談下さい)にて送信させていただきます。  
また同時に貴院宛に所見レポートの郵送もさせていただきます。

医療法人 歓喜会  
辻外科リハビリテーション病院  
〒543-0072 大阪市天王寺区生玉前町3-24  
電話 06-6771-0681

