Ｘ線ＣＴ　検査依頼票（院外）

福島医大ＦＡＸ＆紹介用

＊患者ＩＤ：

依頼患者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：ＭＴＳＨ　　年　　月　　日　　性別：　男　女

患者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院・診療所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院・診療所住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院・診療所電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．検査部位　　頭・頸・胸・腹・骨盤・脊椎・その他（　　）

２．撮影手法　　単純撮影　　造影撮影　　体重（　　kg）

３．感染症の有無　　未確認・無し・有り（感染症名：　　）

４．造影剤副作用の有無　初回・無し・有り（造影剤名：　　）

(a) 臨床診断：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(b) 症状・経過・所見

(c) 具体的な目標部位又は器官名　及び知りたい事項

検査予定日：平成　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

電話にてご確認ください。　024-547-1500（ダイヤルイン）

希望媒体（Film・他記憶媒体：　　）３Ｄなどの画像処理希望

検査にあたり、貴施設で取られた（指定様式）検査同意書を持参させてください

単純検査であれば、造影剤使用同意の欄への患者の署名は不要です

当ＣＴ検査依頼票に記入していただく患者さんの個人情報（氏名、生年月日、住所等）につきましては、公立大学法人福島県立医科大学附属病院において診察に必要な患者登録、検査予約、紹介歴登録等の業務にのみ利用させていただきます。お手数ですが、ご紹介いただく際に、貴院から患者さんにその旨をご説明いただき、患者さんの同意をいただきました上でお申し込みくださいますようお願い申し上げます。