

# CT検査申込書（兼診療情報提供書）

申込先： 函館市医師会病院 地域医療連携室  
 直通TEL 43-4876 直通FAX 43-3416

申込日時 年 月 日

氏名	様	T・S・H・R	年	月	日	(才)	男・女
依頼病医院・医師							
検査日時	年		月	日	AM・PM	時	分
CT検査歴	初回・( )回目		前回検査日		年	月	日
喘息・蕁麻疹等の既往	+・-		アレルギー		+・-		
腎機能異常	+・-・未		H B s A g		+・-・未		
ワ氏反応	+・-・未		妊娠		+・-		
H C V 抗体	+・-・未						

病歴・検査目的

検査部位・種類（○をおつけください）

1. 頭 部
  2. 頸 部 （ 甲状腺・その他 ）
  3. 胸 部 （ 肺・縦隔・胸部大動脈・その他 ）
  4. 腹 部 （ 肝・胆・膵・脾・腎・副腎・腹部大動脈・その他 ）
  5. 骨 盤 腔 （ 子宮・卵巣・膀胱・前立腺・その他 ）
  6. 冠 動 脈
  7. そ の 他 （ ）
- a. 単純      b. 造影      c. 単純 + 造影

※ 共通受診申込書とあわせてCT検査申込書を連携室にFAXしてください。  
 ※ CT検査申込書の原本を患者さんにお渡しし、コピーを紹介元控としてください。  
 ※ 検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。  
 ※ 検査終了後、CD-Rを患者さんにお渡しし、所見報告は読影結果が出次第FAXさせていただきます。