

診療情報提供書 兼 CT 検査依頼書(FAX 兼用)

宮崎市郡医師会病院 放射線科行

検査予約日時: 年 月 日 時 分

紹介元医療機関

医師名

電話番号

患者氏名

性別 男・女

生年月日

電話番号

住所

検査部位

- 頭部 頸部 副鼻腔・顔面 脊椎(頸・胸・腰) 四肢骨
 胸部 上腹部 骨盤 心臓

造影の有無

- 単純 造影

アレルギーの有無及び腎機能

- 有 () 無
eGFR() クレアチニン値()

造影 CT 検査での同意書

- 済 (貴院で同意書済み) 未 (当院で説明・同意書)
同意書を頂いている方は必ず忘れずに持参させてください

傷病名

検査目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方

宮崎市郡医師会病院 連絡先 専用 FAX 0982-77-9125
代表 TEL 0985-77-9101

※FAX 受付時間 平日 8:30~16:30 です
宮崎市郡医師会病院