**CT検査依頼書（診療情報提供書）**　　　　年　　　月　　　日

社会医療法人　協和会　**北大阪病院**　地域医療連携係

〒532-0004大阪市淀川区西宮原2-7-17

TEL：06-6395-1601　FAX：06-6396-1730

**撮影日**

　　　年　　月　　日（　　）

**撮影時間**

　　　　　時　　　　分

紹介元医療機関

所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

医師名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者様氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　才） |
| 住所 |  | TEL | 自宅：携帯： |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費負担番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 | ・ | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 | 本人　・　家族　 | 生保 ・ 労災 ・ 事故 ・ １割 ・ ２割 ・３割 |
| **搬送方法** | 独歩　・　車イス　・　ストレッチャー |
| **検査依頼内容** | □単純　　　　□造影（ 身長　　　 ㎝　体重　　　 ㎏ ） |
| **検査部位　　※（　）には主目的部位をご記入下さい。**・頭部　　・頸部　　・胸部（　　　　　　　　　）・上腹部（　　　　　　　　）　・下腹部（　　　　　　　　）・上肢（　　　　　　　　　）　・下肢（　　　　　　　　　）・その他**特殊撮影・追加処理**　 |
| **検査目的** |  |
| **所見** | 要　　・　　不要 | **画像形態** | フィルム　・　ＣＤ |
| **病名** |  | **既往歴** |  |
| **主訴** |  |
| **特記事項** |  |