

### CT検査依頼書<診療情報提供書>

平成 年 月 日

金沢社会保険病院 地域医療連携センター

TEL:076-253-5069

FAX:076-252-2369

紹介医療機関 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

ふりがな			生年月日	
氏名	男・女	M S	T H	年 月 日 ( 才 )
住所	〒			
連絡先	TEL:		(氏名:	続柄: )

造影	有・無 (どちらかに丸)	検査部位	
臨床診断・病名			
主訴・経過・検査目的			

検査チェックリスト			
ヨードアレルギー	有・無	外ホルミン・ブホルミン(メルピンなど)服用※	有・無
※ 造影剤を使用しない場合は確認不要			

希望日	① 平成 年 月 日 ( )	いつでも良い場合は未記入でお願いします。
	② 平成 年 月 日 ( )	