

CT検査依頼書＜診療情報提供書＞

年 月 日

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな		性別		(西暦)	
氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日	才)
住所	〒				
TEL		氏名		続柄	

造影	☐ あり ☐ なし	検査部位	
 「造影剤あり」の場合は、クレアチニン検査データ報告必須			
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、喘息	☐ あり ☐ なし
	メトホルミン、ブホルミン(メルビンなど)服用	☐ あり ☐ なし
	ペースメーカー	☐ あり ☐ なし
	クレアチニン値 ※直近の検査データ添付でも可	()mg/dl

希望日	第1希望	年 月 日 ()	特に希望日がない場合は、 記入不要
	第2希望	年 月 日 ()	