（様式１－c）

CT検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
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	生年月日	（西暦） 年　月　日 （　才）	
氏名		□ 男 □ 女			
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（　）	

CD-R 取扱方法	□ 後日郵送（読影結果と一緒に郵送）
	□ 検査当日に患者本人に渡す（読影結果は後日郵送）

202405改
202509改
202605改