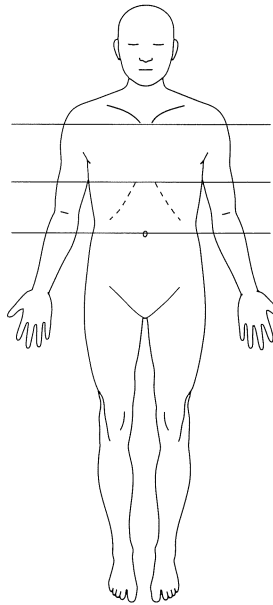


C T 検査依頼書・診療情報提供書 (貴院控)

				医療機関名			
				外来・入院		診療科	
				主治医		先生	
				電話 ()		FAX ()	
検査日	年 月 日 曜日			午前 / 午後		時 分	
フリガナ 氏 名	様 男・女			M・T・S・H 年 月 日生 ()歳			

検査部位 (一般CT)	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 下腹部 ・ 骨 ・ 上肢 ・ 下肢	
	その他 ()	単純 ・ 造影 ・ 単純+造影
CTangio	心臓(冠動脈)・胸部大動脈・腹部大動脈・胸腹部大動脈・腹部～下肢動脈・下肢動脈・脳血管	
	その他 ()	

体重 _____ kg 身長 _____ cm アレルギー：有・無 種類（ ） 気管支喘息：有・無	
感染症（有・無・不明） ☐ HCV ☐ HBV 血清クレアチニン _____ mg /dℓ (1.8未満) ペースメーカー（有・無）	
臨床診断： （検査目的） 臨床経過：	
院内主治医：	