

横浜労災病院 CT(単純)検査申込書・紹介状

申込日 令和 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携室 へ (FAX 045-474-8344)

下記の空欄部分に必要事項を記入のうえ、横浜労災病院地域医療連携室 (FAX 045-474-8344) へ FAX で送付してください。

検査希望日 月 日 () (おおむね1週間後をお願いします)

検査枠 【 月 ~ 金 】 11:10 , 11:20

紹介医療 機関名称	〒(-)	医師名	
住所		電話番号	- -
		FAX番号	- -

患者氏名		男・女	明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H)	年	月	日
住所	〒(-)			電話番号	-	-

当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明) 患者ID - -

検査部位 頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤 四肢 その他
(検査部位のチェックは原則として1部位とします。連続する部位であれば2部位まで撮影できますが、詳細な情報が得られない場合があります。)

この検査で知りたい画像情報をお知らせ下さい。

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載して下さい。

◆患者様情報を、下記に記載して下さい。

薬剤アレルギー 無・有 ()

喘息 無・有

ヨードアレルギー 無・有

腎機能 正常・異常・未施行

感染症 無・Wa HB HCV 未施行

閉所恐怖症 無・有

その他 ()

◆お返事の方法を下記の項目より選択してください

画像の有無 必要 不要

※読影レポートと画像(CD)は、後日郵送いたします。