

江戸川メディケア病院

院長 古市 基彦

TEL: 03-6657-8175 (直)

FAX: 03-6657-8197 (直)

〒133-0071 東京都江戸川区東松本2丁目14番12号

(医療機関名)

(医師名)

(住所) 〒 —

診療情報提供書

CT 検査指示票

(TEL)

(FAX)

希望検査日: 年 月 日 時 分

決定検査日: 年 月 日 時 分

ふりがな		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (年齢: 歳)	
住 所		
電 話	— —	

患者チェックリスト (依頼医師が記入)

1) 妊娠またはその可能性 有・無 2) 持続血糖測定器 有・無

撮像部位 (単純撮像のみ)

頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 鼻骨	<input type="checkbox"/> 顔面骨	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	
	<input type="checkbox"/> 頭蓋骨	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤骨
躯幹部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 左鎖骨	
胸郭部	<input type="checkbox"/> 胸骨	<input type="checkbox"/> 肋骨	<input type="checkbox"/> 右鎖骨	<input type="checkbox"/> 左鎖骨	
	<input type="checkbox"/> 右肩甲骨	<input type="checkbox"/> 左肩甲骨			
椎体	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾椎	
[<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右]					
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 上腕部	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 前腕部	<input type="checkbox"/> 手関節
	<input type="checkbox"/> 手指				
下肢	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 大腿部	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 下腿部	<input type="checkbox"/> 足関節
	<input type="checkbox"/> 足部				
その他	()				

検査目的・主訴及び臨床所見

--

備考

※読影 有・無 ※CD-R 作成 有

記載日: 年 月 日