診療情報提供書(CT検査依頼書)

・診療情報提供書(CT検査依頼書)3枚1組

25組

·診療情報提供書(画像診断依頼書)送付申込書

1枚



〒060-0042 札幌市中央区大通西17丁目1-27 札幌メディケアセンタービル桂和1F TEL 011-623-1131 FAX 011-623-1132

平日 9:00~17:00 土曜 9:00~12:30

※土曜日/月1回 9:00~17:00

診療情報提供書 (CT検査依頼書)

紹介		を原法	人 禎心 ラル	·ê CI	ロシル	V IFI TV			(0)					ŗ		П
Social Medical Corpore TEISHINK	ÄI			01.							=64 	載日 	年 ———	,	∃	<u>日</u>
介		寮機 在								電話番	号					
元	診	療	科							担当	医					
	フ	リナ	 ブナ						男			大・				
患	お	名	前					様	· 女	生年月	日日	昭 ・ 平	年	月	日(才
者 様	ご住所		=	Ē						TEI	L	_		_		
情	検	査	日			月	日	()				诗	分	予約	
報		身	長					cm	■ 亿	重						kg
		移	動		歩行 ・ 杖	・車いす	・ストレッ	チャー	■ 亿	内 金 属	無・	有→和	重類 ()
		感	杂 症		無・有→	病名()	■ ペー2	スメーカー/ICD	無・	有→柞	幾種()
検	在 内 选彩 の 有無		□ 単 ;	純	糖血清/	息	無無無	可 ・ 禁 ・ 有 → 症 ・ 有 → 2 血日 月 検査中 CIクリニッ	E状(日前か	 らビグア [.] 日(薬 mg/dL))		
	臨	床診)断名	1												
*	(読影	上必	要です	ので、	必ずご記入下さ	()										
診																
断																
経																
・ 検																
査																
目																
的																

ご依頼内容によっては検査を2日に分けさせて頂くこともございます

□ 報告書FAX希望 FAX番号(

	介先】 ■ **☆医療法し 雑☆☆	診療情報 抗	定供書		使宜	伙 親書	†)			
Sectal Medical C TEISHII	きた。 社会医療法人 複心会 セントラルCI	クリニック				記載日	年	F.]	日
紹介	医療機関名 所 在 地				電話番	号				
元	診療科				担当	医				
	フリガナ			男		大				
患	お名前		様	· 女	生年月	日 昭 · 平	年	月	日(才)
者 様	ご 住 所	〒	1			TEL	-		-	
情	検査日	月	日 ()			時	分	予約	
報	■ 身 長		cm	■ 亿	」 重					kg
	■ 移 動	歩行 ・ 杖 ・ 車いす ・ こ	ストレッチャー		内金属	無・有→	種類 ()
	■ 感染症	無 · 有 → 病名 ()	■ ペーク	スメーカー/ ICD	無・有→	機種()
検 <u></u> 查 内	CT検査部位 	□冠動脈撮影 → β · □ 単 純 □ 造 影	喘息	無	・ 有 → 症		常心拍数 'ナイド系内) 薬)
容	色彩の日無	□診断医に一任	血清クレアチニ (検査日3ヵ月以内の 値をご記入下さい-	\Box	検査中	日(クで採血(1時	間前来院)		mg/dL)	
	臨床診断名									
	※読影上必要ですので	、必ずご記入下さい								
診										
断…										
経…										
過 ・ *										
検 査										
量 目										

ご依頼内容によっては検査を2日に分けさせて頂くこともございます □ 報告書FAX希望 FAX番号(

CT検査予約票

フリガナ		男	大・				
お名前	様	女女	生年月日 昭 中	年	月	日(才)
ご 住 所	₸		TEL	-		_	
検査日	月 日 ()	時	:	分	予約	

ご来院時間

検査予約時間の<u>30分前にご来院</u>下さい 採血の指示がある方は**1時間前にご来院**下さい

※来院時間に遅れた場合は、他の患者様の検査を 優先する場合がありますのでご了承下さい

健康保険証をお持ち下さい

お持ちの方は、受給者証・ペースメーカー手帳・ICD手帳 限度額認定証・お薬手帳・造影剤使用履歴カード等

※自賠責・労災適用の方・生活保護を受給されている方は 事前に各担当者へご連絡下さい

事前にご連絡下さい

- ※検査出来ない場合がありますので 必ずご連絡下さい
- ・授乳中の方
- ・妊娠、または妊娠の可能性がある方
- ・ペースメーカー・LCDが入っている方
- ・糖尿病の薬を服用されている方
- ・検査前5日以内にバリウム検査を受けられた方

- ◆当院で結果説明はしておりません。検査結果は、 紹介元の主治医へお送りいたします。
- ◆検査内容によって造影剤を使用する場合があります。 造影剤使用に関して検査前に、説明・承諾(署名)を 頂いております。 未成年の方は、保護者の承諾(署名) が必要となります。

社会医療法人 複心会 セントラルCIクリニック

〒060-0042

札幌市中央区大通西17丁目1-27 札幌メディケアセンタービル桂和1F

TEL 011-623-1131

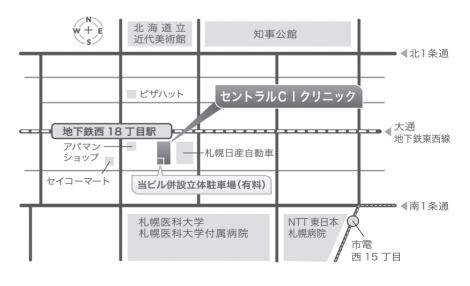
診療時間:平日 9:00~17:00 日·祝休診 土曜 9:00~12:30 ※土曜日/月1回 9:00~17:00

-access-

地下鉄:東西線 西18丁目駅6番出口直結

市 電:西15丁目電停より徒歩5分

駐車場 ビルの裏口に立体駐車場(有料)



診療情報提供書 (画像診断依頼書) 送付申込

下記をご記入の上、FAXでお申し込みください

		記載日	年	月	日
医療機関名					
送付先ご住所					
お 電 話 番 号					
送付先部署名	ご担う	当 者 名			様
	ご 依 頼 内 容			数量	
診療情報	提供書【MRI 検査依頼書】 25 枚綴り				₩
 診療情報	提供書【CT検査依頼書】 25 枚綴り				₩
診療情報	提供書【PET/CT検査依頼書】 25枚綴り				₩
セントラ	ルCIクリニック パンフレット (A4 サイ	゚゙ズ゙)			部
□ セントラ	ルCIクリニック 診療案内カード				部
備 考 欄					