

# 診療情報提供書(CT検査依頼書)



片倉町あかり  
脳神経内科・内科クリニック

〒221-0865

神奈川県横浜市神奈川区片倉1-28-11

やまゆりメディカルブリッジ3階

Tel:045-534-5589

紹介元医療機関

医師名

Tel

Fax

検査日 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

患者氏名

カガナ

男・女

生年月日

年 月 日 生 ( 歳)

検査部位

※1回の検査は1項目のご依頼とさせていただきます。

また、単純撮影のみとしております。

- 頭部  頭部スクリーニング  副鼻腔  側頭骨  その他( )
- 頸部  咽頭・喉頭  甲状腺  その他( )
- 胸部  肺野  縦隔  大動脈  その他( )
- 腹部  肝臓  膵臓  胆管・膵管)  腎臓  その他( )
- 骨盤  子宮・卵巣  膀胱  前立腺  その他( )
- 脊椎  頸椎  胸椎  腰椎  仙骨・尾骨部  その他( )
- 四肢  部位 ( )

問診

ペースメーカー

なし あり

妊娠

なし あり

臨床診断

臨床診断

検査目的

検査目的(可能な範囲で詳細をお願いします)

(読影不要時はこちらにチェックをお願いします )