

紹 介 状 (診療情報提供書)
(C T)

年 月 日

医療機関 佐野厚生総合病院

担当医 放射線科診断医 殿

TEL 0283-22-5222

FAX 0283-22-8982

放射線科受付 内線 5100

CT室 内線 5131

医療機関の所在地

および名称

電話番号

医師氏名

㊞

フリガナ 患者氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	男・女	
主訴・病名 既往歴 家族歴等							
紹介目的							
病状経過							
診療経過							
現在の処方							
造影剤	要・不可	体重	kg	麻酔	有・無	前回CT	有・無
喘息	有・無	薬剤アレルギー	有・無	腎機能		糖尿病	有・無
検査部位	1.頭部 2.頸部 3.胸部 4.腹部 5.骨盤部 6.脊椎 7.副鼻腔 8.眼窩 9.その他 ()						

◎CT 問診事項

- ① あなたはアレルギー歴がありますか？
あり なし 不明
 ↳あり〔アトピー・気管支ぜんそく・花粉症・薬疹・じんましん・その他 ()〕
- ② あなたは以前に、ヨード系造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？
あり なし
 その時、過敏症があらわれましたか？
あり () なし
- ③ 次の病気のある方は、に✓をつけてください。
高血圧 心臓病 糖尿病 緑内障 前立腺肥大症

※注意 必要事項をご記入の上、FAXをお願いいたします。