

武蔵村山病院
CT 検査申込書兼診療情報提供書

※印はすべて記入してください

※紹介元医療機関名 _____ ※医師名 _____

※検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

カガナ
※患者氏名 _____ 様 男・女 _____ 大和会共通 ID _____

※生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ※患者 TEL _____

※臨床診断名、症状、検査目的、その他処方など

※撮像部位

- | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 骨盤腔 |
| <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 四肢 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔・咽頭 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |

※造影の必要性

- なし あり→腎機能検査 (eGFR: 推定糸球体濾過量) 記入
測定日(1 カ月以内) 月 日 (_____ mL/min/1.73m²)

この用紙を FAX でお送りください。
送り先 武蔵村山病院 画像診断・PET センター
FAX 042-566-3318