

CT検査依頼書

(診療情報提供書)

医療法人 たかまさ会

山崎病院 宛

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

担当科名

担当医師

印

患者氏名

患者住所

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)

傷病名

紹介目的

CT (単純・造影)

部位;

既往歴

症状経過

現在の処方

備考 腎機能

血液尿素窒素

mg/dl

クレアチニン

mg/dl

* 造影検査希望の場合は、腎機能チェックもよろしくお願いいたします。