

診療情報提供書（兼 CT検査依頼書）

記載日： 年 月 日	予約日時
紹介元医療機関名：	
医師名：	
連絡先(TEL)：	
月 日 時 分より	

患者情報

患者氏名			
フリガナ			
生年月日	年 月 日生（ 歳）	性別	男 ・ 女

検査依頼内容（単純CT検査）

検査種別	【 単純CT検査 】 ※造影剤は使用しません
読影レポート	【 放射線診断専門医による読影レポート添付 】 希望 あり ・ なし
希望検査部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ その他（ ）

診療目的・臨床経過

傷病名・診断名	
紹介目的・目的 および経過	
現在の処方・備考	

〒157-0061
東京都世田谷区北烏山7-12-28
Tel 03-53149931 FAX 03-5314-9932
北烏山ふたばクリニック