# ＣＴ検査申込書　兼診療情報提供書

**【ＦＡＸ　０１２０－５０３－６２０】**

**市立函館病院　地域連携課行き**

市立函館病院
放射線診断・IVR科　小川　肇　先生　御机下

依頼元医療機関・医師

㊞

| | | | |
|---|---|---|---|
| （ふりがな） | 申込日時：　　年　　月　　日 | | |
| 患者氏名：　　様 | 年　　月　　日生 | 才 | 男・女 |
| 希望検査日：　　年　　月　　日 | ＣＴ検査歴：有（　　年　　月ころ）・無 | | |

検査部位（☑をお付け下さい）

- ☐ 頭　部
- ☐ 頸　部
- ☐ 胸　部
- ☐ 腹部・骨盤
- ☐ 胸腹部骨盤
- ☐ 血管系
  - ☐ 冠動脈
  - ☐ その他（具体的に：　　）
- ☐ その他（具体的に：　　）

造影剤

☐ 単純　☐ 単純＋造影　☐造影

※造影の場合

喘息・アレルギー：　有（　　）・無

腎機能：Ｃｒ（　　）　ｅＧＦＲ（　　）

病歴・検査目的（☑をお付け下さい）

- ☐ 別紙の通り
- ☐ 以下の通り

（　　）

特記事項

☆☆☆市立函館病院から依頼元医療機関さまへ☆☆☆

※検査は混み合っておりまして，希望検査日に沿えない場合がありますので，
　ご了承願います。

※検査終了後の所見および画像（ＣＤ－Ｒ）は後日，ご依頼元の医療機関へ
　郵送いたします。
　なお，メディカ（ＩＤ－Ｌｉｎｋ）へ参加の医療機関は患者さんの同意書を
　添付いただきますと，検査終了後すぐに画像をご覧いただけます。

市立函館病院　地域連携課　TEL（直通）0120-506-280