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　吉野　裕紀　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　　☐ 血管系 { ☐ 冠動脈 / ☐ その他（具体的に：　　）

☐ 頸　部

☐ 胸　部

☐ 腹部・骨盤

☐ 胸腹部骨盤

☐ 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等を
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