

CT(単純・造影)検査依頼書 (診療情報提供書)

医療法人 有隣会
東大阪病院 宛

TEL 06-6932-0369 (地域医療連携室直通)

FAX 06-6932-0086 (地域医療連携室直通)

TEL 06-6939-1121 (病院代表)

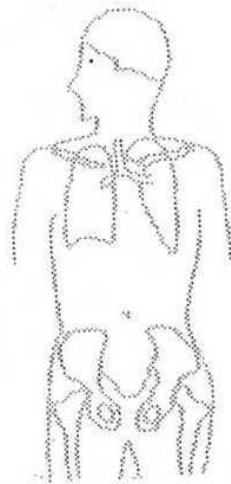
紹介元 医療機関		TEL	
医師名	() 科)	FAX	

ふりがな			性別		備考
紹介患者様氏名	(姓)	(名)	男	女	
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生				

検査部位	
頭部	上腹部
副鼻腔	下腹部
頸部	脊椎
胸部	四肢

その他具体的に

臨床診断および検査目的



C T A	頭部
	頸部
	心臓
	大動脈
	下肢

(読影 所見)
 要
 不要

(データー)
 フィルム
 CD