診療情報提供書 （CT検査依頼票）

令和　　年　　月　　日

ふれあい平塚ホスピタル　宛

FAX：0463 - 23 - 4449

紹介元
医療機関名
医師名　　㊞
T E L
F A X

検査希望日

第一希望	令和	年	月	日	午前・午後	
第二希望	令和	年	月	日	午前・午後	

患者様情報

フリガナ
御名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女　M・T・S・H・R　年　月　日生（　歳）

御住所　　TEL　　－　　－

検 査 部 位	□頭部　□副鼻腔　□歯（インプラント術前）　□頸部 □胸部　□腹部　□骨盤　□股関節 □頸椎　□胸椎　□腰椎 □膝　□足関節 □その他（　　）
検 査 目 的	
臨床診断名	
確 認 事 項	ペースメーカー　□なし　□あり 植え込み型除細動器　□なし　□あり 妊娠の可能性　□なし　□あり
検査データ （既往歴や経過）	
画像プリント	□半切フィルム　□CD - R　□不要（所見のみ）
読 影 依 頼	□不要　□必要

ふれあい平塚ホスピタル
平塚市袖ケ浜1－12　TEL0463－22－4105　FAX0463－23－4449