

CT 検査依頼用紙 兼 診療情報提供書

年 月 日

医療法人 みのり会
藤の街クリニック

TEL : 072-892-9500
FAX : 072-892-5111

紹介元医療機関名 :
医師氏名 :
住所 :
TEL :
FAX :

希望日時

希望日なし	第1希望 月 日	第2希望 月 日	不都合な日
-------	-------------	-------------	-------

フリガナ			生年月日 (年齢)
氏名		男・女	(歳)
住所		TEL	

■被保険者証 (保険証のコピーでも可)

保険者番号			
記号	番号		
枝番			
続柄	本人	・	家族

■公費負担医療受給者票

公費負担者番号1	
公費受給者番号1	

単純 CT	頭部 ・ 胸部 ・ 胸部～骨盤 腹部～骨盤 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎
-------	---

※単純 CT のみの対応となっております

妊娠の有無 (有 ・ 無) 比較画像の有無 (有 ・ 無)

検査目的 (※読影医に検査目的が適切に伝わるよう、必要な情報をご提供ください)
手術歴などがあれば記載してください