**CT検査依頼用紙　兼　診療情報提供書**

年　　　　　月　　　　　日

紹介元医療機関名：

医師氏名：

住所：

TEL：

FAX：

医療法人　みのり会

**藤の街クリニック**

TEL： 072-892-9500

FAX： 072-892-5111

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）　　　　　　 ■公費負担医療受給者票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  | 公費負担者番号1 |  |
| 記号 | 番号 |  |  | 公費受給者番号1 |  |
| 枝番 |  |  |  |  |
| 続柄 | 本人　　・　　家族 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 単純CT | 頭部　・　胸部　・　胸部～骨盤腹部～骨盤　・　頚椎　・　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　）　※必ずチェックをお願いします

|  |
| --- |
| **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 |