

診療情報提供書（胸部 CT 検査依頼用）

検査予約日時：平成 年 月 日（曜日）（午前・午後）時 分

紹介患者	貴医療機関
フリガナ 氏名 様 性別 男・女	住所 〒
生年月日 T・S・H 年 月 日（歳）	医療機関名
身長 cm 体重 kg	TEL () (内線)
住所 〒 -	FAX ()
	診療科
TEL ()	担当医師 (フルネーム)
緊急連絡先 ()	

患者情報（所見の参考にしますので、必ずご記入ください。）

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 有（平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無
臨床診断・検査目的	
施行済の検査	<input type="checkbox"/> 胸部単純レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部 CT <input type="checkbox"/> その他（ ）
炎症反応	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（WBC： CRP： ）
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（CEA： シフラ： その他： ）
喀痰培養検査	<input type="checkbox"/> 施行（ <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 異常なし） <input type="checkbox"/> 未施行
喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 施行（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input type="checkbox"/> 未施行
既往歴：	
手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日 術式（ ） 年 月 日 術式（ ）
臨床経過：	

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	喫煙歴	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた・いる
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	喫煙量	()本/日・()年間

香川県立中央病院

胸部CT検査係（Aブロック内 呼吸器外科）

TEL：087-811-3333 内2220, 2221

FAX送信先 FAX：087-802-1160（地域医療連携課）