

診療情報提供書（胸部 CT 検査依頼用）

検査予約日時： 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・R 年 月 日（ 歳）	医療機関名
身長 cm 体重 kg	TEL () (内線)
住所 〒 -	FAX ()
TEL ()	診療科
緊急連絡先 ()	担当医師 (フルネーム)

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（ 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

現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む
移動方法		アルコール	
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

(1) お申込みは、本様式に必要事項を記載の上、FAXにてご送信をお願いします。

(2) 折り返し「胸部CT検査予約確認書」をFAXにて送信いたしますので、検査当日ご持参の上、受付でご提示ください。

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

患者サポートセンター・受診支援室