

診療情報提供書 兼 CT 依頼書

①

医師記載

紹介医療機関名 塩竈市立病院
 担当医先生宛
 令和 年 月 日
 紹介元医療機関名
 紹介・指示医師名
 所在地
 電話番号
 F A X 番号

※必ず太枠内をご記入ください

患者氏名：
 生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日
 患者住所：
 傷病名
 既往歴・家族歴
 経過及び検査目的※別紙参照と記入していただき貴院指定の診療情報提供書を添付していただいてもかまいません。

※糖尿病薬を飲んでいる方は薬品名を記載してください。

体重	Kg	予約日時	令和 年 月 日	AM・PM	時 分
指示事項	撮影部位	□造影剤の禁忌事項確認			
□単純 CT (61402)	頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部	確認医師名			
□造影 CT (61405)	胸椎 ・ 腰椎 ・ (右/左)肩関節 ・ (右/左)股関節				
□DIC-CT	四肢 ()				
造影方法：静注		材料	フィルム	7987 半切	枚
46729□オムニパークシリンジ	100m l 1本	48859 □生食 20m l	() 本	ST No.	
54590□オムニパークシリンジ	125m l 1本	2303 □サーフロー針	1本	電圧 (kV) 130・110・80	
46499□オムニパークシリンジ	150m l 1本	47148 □強力ミノファージェン C 注	() 本	mAs 値 mAs	
		48044 □サクシゾン	() mg	技師名	
		48057			