

診療情報提供書（CT・US検査依頼票）FAX申込書

みなみ野病院 宛

FAX : 042-632-8128

検 査 日	年	月	日	時	分
フリガナ					
患者氏名	様				
生年月日	.	.	性別		男・女
住 所					
電 話 番 号					
ご紹介先名					
医 師 名					

CTチェック項目（にチェックしてください。）

埋め込み型除細動器（ICD・CRT-D）	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	* 撮影範囲に入らなければ検査可能
脳深部刺激療法（DBS）・脊髄刺激療法（SCS）	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	* 検査不可
インスリンポンプ・持続グルコース測定器（CGM・FGM）	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	* 検査不可
1週間以内のバリウム検査	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	* 検査不可
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	* 検査不可
画像データ	<input type="checkbox"/> MIOカルテ ・ <input type="checkbox"/> CD-ROM	

臨床診断・現病歴（必須）

検査部位・目的（必須）