

平成 年 月 日

CT FAX申込書 兼 診療情報提供書 同意書

【紹介元医療機関】

〒070-8644
旭川市花咲町7丁目4048番
旭川医療センター 地域医療連携室 宛
FAX 0166-51-3160
TEL 0166-51-3161 (代表)

住 所
名 称
主治医名

TEL
FAX
医師連絡先(至急時)

【受診者】

フリガナ			性 別
患 者 様 氏 名	様		男 ・ 女
生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日生	(歳)
住 所			TEL ()
希望日時	年 月 日()曜日	時 分	第二希望日もお聞かせください 月 日()曜日 時 分
当院受診の有無 (旭川医療センター)	ある (昭和・平成 年頃) 入院・外来		ない

診療情報提供書

診断名(必須)					
検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> 転移検索 (その他・検査によりお知りになりたいことがあれば具体的にお書き下さい)				
現病歴 既往歴症状 及び 治療経過 検査所見 撮影方法指示					
画像データCD	要 ・ 不要	フィルム	要 ・ 不要	フィルム使用枚数	半切 枚
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 四肢(下に撮影部位詳細を記入)	<input type="checkbox"/> 頭部+頸胸腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 頸胸腹部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓~骨盤)	
撮影部位詳細					

同意書

【問診欄】	1.妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	2.安静を確保出来ない可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	3.閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
医師確認	<input type="checkbox"/> 検査可 <input type="checkbox"/> 検査不可	医師サイン _____
問診内容に相違はなく、担当医師から検査の必要性和危険性の説明を受け、CT検査を受けることに同意します		
	平成 年 月 日	氏名 _____ 本人・代理人