診療情報提供書　兼　CT 検査依頼書（FAX 兼用）

宮崎市郡医師会病院　　放射線科行

紹介元医療機関
医師名
電話番号

患者氏名　　性別　　男　・　女
生年月日　　電話番号
住所

検査部位
□　頭部　　□　頚部　　□副鼻腔・顔面　　□脊椎（頸・胸・腰）　□四肢骨
□　胸部　　□　上腹部　　□骨盤　　□心臓

造影の有無
□　単純　　□造影

アレルギーの有無及び腎機能
□　有　（　　）　　□　無
eGFR（　　）　　クレアチニン値（　　）

造影 CT 検査での同意書
□　済　（貴院で同意書済み）　　□　未　（当院で説明・同意書）
同意書を頂いてる方は必ず忘れずに持参させてください

傷病名

検査目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方

宮崎市郡医師会病院　連絡先　専用 FAX 0985-77-9125
代表 TEL 0985-77-9101

※FAX 受付時間　平日　8:30～16:30 です

宮崎市郡医師会病院