

(様式1)

C T 依 頼 申 込 書

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎0120-018-299(直通)

紹介元医療施設名		依頼医師名 ()	
電話番号 () -		・FAX () -	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生(才 ヶ月)	性別 男・女
現住所			
電話番号 () -			
当院の受診歴 (有・無)	健保・生保・労災・公災・自賠責・その他()		
※指示伝票より選択し、ご記入願います			
部位	<input type="text"/>	コード番号	<input type="text"/>
【方法】			
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純と造影			
臨床経過・現症・検査法の指示 (必要な前処置があれば記入して下さい。)			
患者状態 (必ず記入して下さい)			
造影剤副作用歴	有・無	()	
喘息	有・無		
その他のアレルギー	有・無	()	
感染症	有・無		
体内金属	有・無		
心疾患	有・無・未		
腎疾患	有・無・未		
協力性	有・無		
体重	() kg		
移動	(歩行・車椅子・ストレッチャー)		

※ 造影の場合は「造影剤検査同意書」も併せて送信下さい。