ＣＴ検査予約票

＿＿＿

診療情報提供書（紹介状）

年　月　日

紹介先医療機関名

社会医療法人 中央会

尼崎中央病院

尼崎市潮江1丁目12-1
電　話06-6499-3045
ＦＡＸ06-6497-3196

診察科　　担当医

紹介元医療機関名

名称

所在地

電　話
ＦＡＸ

診察科　　担当医

カルテNo.＿＿＿＿＿＿　CT No.＿＿＿＿＿＿　印

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生　歳
患者住所	電話（　－　－　）　職業（　）		

病名

紹介目的

CT

□単純
□造影(血管)□造影(経口)
□心臓CT
□その他（　）

検査部位

既往歴

経過・治療内容・検査結果・処方等

造影検査の場合は造影剤使用説明をお願いします。
ヨードアレルギー
－、＋
腎機能障害
－、＋

紹介元医療機関控