診療情報提供書（CT 検査依頼書）

記入年月日　　年　　月　　日

上永谷こう脳神経クリニック
横浜市港南区丸山台 3-2-3 ｻﾙｰﾃｸﾘﾆｶﾋﾞﾙ 2F

電話予約お願いします
TEL　045-374-5447

紹介元医療機関

医師名

TEL :
FAX :

検査日　　年　　月　　日　　曜日　午前・午後　　時　　分

患者氏名	ふりがな 男　・　女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日　生（　　歳）

検査部位	□頭部　□副鼻腔　□胸部　□腹部　□頚椎　□胸椎　□腰椎　□仙骨・尾骨部 □右・左　肩関節　□右・左　肘関節　□右・左　手関節　□右・左　膝関節 □右・左　足関節　□股関節　□四肢・その他（　　） □筋肉・軟部組織（　　）　□骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱） □前立腺　□肝・胆・膵・腎臓　□ＭＲＣＰ　□その他（　　）
読影依頼	□必要　□不要
女性の方へ	妊娠　　□なし　□あり
問診	手術既往　　□なし　□あり
検査目的	
臨床診断名	
検査データ （既往歴と経過）	□ＣＤ―Ｒ　患者渡し　□郵送

Koh Neurosurgery
上永谷
こう脳神経クリニック