盛岡赤十字病院　　地域医療連携室行き　**FAX：019-637-3313**

送信日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

CT撮影申込書

紹介元医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

紹介元医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

**希望検査日時：　①　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　）　　（　午前　・　午後　）**

**②　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　）　　（　午前　・　午後　）**

**③　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　）　　（　午前　・　午後　）**

**画像データ　：　　　　　　　　郵送　　　　　・　　　　　当日持ち帰り　　　　（該当に〇をしてください）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）患者氏名 |  |  | 性別 | 男女 |
| （姓） | （名） |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒 | 電話番号　　　　　　（　　　　　　　　　） |
|  |
| 盛岡赤十字病院の受診歴　　　　　□不明　　　□なし　　　□あり（診察券番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 部位 | □頭部　　　　　□頚部　　　　□胸部　　　　□上腹部　　　□骨盤部　　□股関節□脊椎　（頸椎　・　胸椎　・　腰椎）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （撮影部位詳細） |
| 確認事項 | 1. ペースメーカー □なし　　□あり
2. ICD　（植込み型除細動器） □なし　　□あり
3. ICM　（植込み型心臓モニター） □なし　　□あり
4. リブレ（持続自己血糖測定器） □なし　　□あり
 |
| 病名・経過・特記事項 |  |

盛岡赤十字病院　地域医療連携室　TEL:019-637-3312（直通）