

# CT FAX申込書 兼 診療情報提供書 同意書

【紹介元医療機関】

〒070-8644

旭川市花咲町7丁目4048番

旭川医療センター 医事 (FAX予約担当) 宛

FAX 0166-51-3160

TEL 0166-51-3161 (代表)

住 所

名 称

TEL ( )

FAX ( )

**【受付時間】**

月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)8時30分～17時  
 ※17時以降のFAXは翌日、土・日・祝祭日のFAXは直近の平日  
 対応となりますので、ご了承ください。  
 ※FAXによる当日の予約は行っておりませんので、ご了承ください。

主治医 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

**【受診者】**

フリガナ				性 別		
氏 名	様			男	・	女
生 年 月 日	大・昭・平・令	年	月	日生 ( )	歳	
住 所				連絡先	自宅:	携帯:
希望受診日時	①	年	月	日( )曜日	時	分
				②	年	月
					日( )曜日	時
希望受診日時						
当院受診の有無	有 ( ) 年頃) 入院・外来			無		

## 診療情報提供書

診断名(必須)										
検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> 転移検索 (その他・検査によりお知りになりたいことがあれば具体的にお書き下さい)									
現病歴 既往歴症状 及び 治療経過 検査所見 撮影方法指示										
画像データCD	要	・	不要	フィルム	要	・	不要	フィルム使用枚数	半切	枚
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 四肢(下に撮影部位詳細を記入)		<input type="checkbox"/> 頭部+頸胸腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部		<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 頸胸腹部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓～骨盤)			
撮影部位詳細										

## 同意書

【問診欄】	1.妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		2.安静を確保出来ない可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	3.閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				
医師確認	<input type="checkbox"/> 検査可 <input type="checkbox"/> 検査不可		医師サイン _____		
問診内容に相違はなく、担当医師から検査の必要性和危険性の説明を受け、CT検査を受けることに同意します					
年 月 日			氏名 _____ 本人・代理人		