

# 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 地域医療連携室 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 分		
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