

# 診療情報提供書（大腸CT検査）

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

紹介先医療機関の所在地及び名称		紹介元医療機関の所在地及び名称	
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313			
担当医様		医師名 <span style="float: right;">(印)</span>	
ふりがな	男	住所	
氏名	女		
T・S・H	年 月 日 ( 歳)	TEL	( )
検査予約日	年 月 日 時 分	前回検査	無 ・ 有 ( 年 月 日)
傷病名			
紹介目的			
●既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
			
●手術歴 ( 有 ・ 無 ) 術式			
●埋め込み式ペースメーカー・ICD ( 有 ・ 無 )			
●ブスコパン禁忌 ( 有 ・ 無 )			
●介助 ( 要 ・ 不要 )			
●腹臥位安静 ( 可 ・ 不可 )			
<small>*妊娠中の方あるいは妊娠の可能性のある方は大腸CT検査を受けることはできません</small>			

診療録番号：

検査番号：

撮影条件		スキャン数	データ	医師	放射線技師
kV	mA	回	電子保存		

