放射線科検査申込書(診療情報提供書)

西宮市立中央病院	患者総合	支援セン	ター 宛				四暦	4	=	月	Н
放射線科	医師				医療機	 と関					i !
受診希望日 西暦	年	月	日()	ļ]
検査種 □CT撮影(単純) □MRI撮影(単純) □一般撮影 □DEXA(骨密度)	□МІ	「撮影(造 RI撮影(造 視検査()	造影)		所在地 紹介图 電話 FAX))		_ 		EP
ふりがな 患者氏名		様	男・	女	歳	生 年月日	M T S	HR	年	月	日
患者住所 〒	_										
電話番号()	_									
当院受診歴の有無	有 口	• 無	_ ·	不明							
病名								既往歴及	.び家族	· 歷	
紹介目的											
腎機能低下(造影検査依頼時) □ 無 □ 有(血清クレアチニン							mg/dl(年	F		日)
ビグアナイド系糖尿病薬の服用(造影CT検査依頼時)							□有		下明		
症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等 【薬剤アレルギー: 有(薬剤名)・ 無 】											

西宮市立中央病院 患者総合支援センター

受付 FAX (0798)67-4896 月曜~金曜 午前8:30~午後7:00

土曜 午前8:30~午前12:00

電話 (0798)64-1540 月曜~金曜 午前8:30~午後5:00