（様式７号）　会員様へ：下記FAX番号までお申込み下さい。　　申込日　令和　　年　　月　　日

診療情報提供書兼ＣＴ検査予約申込依頼書

紹介元医療機関　　医師名

フリガナ

患者氏名　　（男・女）　M・T・S・H・R　　年　　月　　日生（　　歳）　体重　　ｋｇ

住所（〒　　－　　）

電話番号（　　）　　－　　済生会和歌山病院受診歴（ 有 ・ 無 ）

1） 病名または疑い	2）紹介目的
既住症 家族暦 特記事項	
【症状、治療経過と検査結果】	
【現在の処方など】	
【備考】	
検査報告書　有　無	
Ｘ線写真添付　有　無	

検査予約日時　　年　　月　　日（　　）曜日　午前　　時　　分
午後　　時　　分

＊撮影部位該当欄にチェック（○）して下さい。

検査部位		単純	造影	単＋造	検査部位		単純	造影	単＋造	検査部位	
頭部	脳				胸部	全肺・縦郭				ダイナミック	
顔面	中耳					上肺・上縦郭				肝ダイナミック	
	内耳					下肺・下縦郭				膵ダイナミック	
	副鼻腔				腹部	肝				腎ダイナミック	
頚部	頚部					肝～腎				【その他指示記入欄】	
	甲状腺					肝～骨盤					
脊髄	頚椎					腎～骨盤					
	胸椎					骨盤腔					
	腰仙椎					前立腺・膀胱					
上肢	上腕部				下肢	大腿部					
	肘部					膝部					
	前腕部					下腿部					
	手･手関節					足･足関節					

送信先：済生会和歌山病院 地域連携室 ＦＡＸ ０７３－４２４－５１８７　　ＴＥＬ ０７３－４２４－５１８５（内線２１２６）