

診療情報提供書 (CT 検査依頼書)

※当院では造影CT検査は
行っていません

記入年月日 年 月 日



湘南台 SHONANDAI Neurosurgery Clinic
脳神経外科クリニック

〒252-0804 神奈川県藤沢市湘南台2-7-15
東急ドエルアルス湘南台1F

電話予約お願いします

TEL. 0466-41-5489

紹介元医療機関

医師名

TEL.
FAX.

検査日 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

患者 氏名 ふりがな _____ 生年 月 日 年 月 日 生 (歳)
男 ・ 女

検査部位

- 頭部 副鼻腔 側頭骨
 頸椎 胸椎 腰椎 ()
 頸部 ()
 胸部 ()
 腹部 ()
 骨盤 ()
 四肢 ()
 その他 ()

読影依頼 必要 不要

問診

- ペースメーカー なし あり
体内埋込型除細動器 なし あり
妊娠 なし あり
手術既往 なし あり (手術名:)

検査目的

臨床診断名

既往歴と経過



湘南台 SHONANDAI Neurosurgery Clinic
脳神経外科クリニック