

申し込み日 20 年 月 日

大腸CT検査依頼書（診療情報提供書）

紹介先医療機関名：医療法人明星会 星野クリニック（大腸CT検査技術施設認定）

検査①20 年 月 日（ ）AM 10:00・AM 10:30・PM 12:30 希望（ ）

希望日②20 年 月 日（ ）AM 10:00・AM 10:30・PM 12:30 希望（ ）

※他のお時間をご希望の場合はお電話にてご相談ください

医療機関名	医師名		
TEL		FAX	

◆ご紹介患者様

フリガナ		性別	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名	様	男・女		
現住所	〒 -			
電話番号				

診療情報提供書

上記患者について、下記病名の状態であり大腸CTにて精査下さい。

該当する傷病名に○をしてください

- ・**保険適応** 便潜血陽性・下血・その他の検査等で大腸癌を疑う（検査名 腫瘍マーカー等）
※3割負担7,500円・2割負担5,000円・1割負担2,500円程度
- ・**自費検査** 上記病名なし。検診目的。
※自費料金 27,500円（税込）

結果説明 紹介元医療機関で実施 ・ 星野クリニックに依頼
(結果報告書・CD-ROM ご返送) (結果報告のみ)

備考欄

腸閉塞症状	有 ・ 無	} 左記に「有」症状であれば大腸カメラや大腸CT以外の検査を検討させていただきます
肛門症状	有 ・ 無	
活動性下血	有 ・ 無	
妊娠中あるいは 妊娠の可能性	有 ・ 無	

その他（ご自由にご記入ください）

保険適応の患者様には検査の前に事前診察を受けていただく必要がございます。

星野クリニックより患者様の電話番号に電話をかけさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

