

(様式1)

胸部フィルム読影相談依頼書

依頼年月日 年 月 日

愛知県 保健所長殿

住所
名称 病院・医院
依頼医師名

下記依頼書のとおり、胸部エックス線フィルム及び読影に参考となる検査記録等を送付しますので読影相談をお願いします。

患者の貴院カルテ 番号又は氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
合併症	1	2	3	4			
結核菌 検査	年 月 日 塗抹 - + ++ +++ 培養 - () 遺伝子診断 (法) - +		添付 フィルム等	X線フィルム 枚 その他	CTフィルム 枚		
主な症状	熱 盗汗 便秘	食欲不振 下痢	栄養不良 排尿痛	尿意頻数	喀痰 なし	血痰 その他 ()	喀血 倦怠 咳 胸痛 腹痛 喉頭痛

既往症・症状の経緯及び諸検査記録等詳細に記入してください。

(様式2)

胸部フィルム読影相談報告書

報告年月日 年 月 日

(下記のとおり報告しますので、診断の参考にしてください。)

年 月 日
愛知県 保健所
医師