

CT検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日	年 月 日 歳	ご担当医 (印)	
住所 〒	—	TEL	—
TEL	—	FAX	—
病名		既往歴	
経過等			

検査希望日

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()
-------------------------------	--------------	--------------

検査結果報告 *必要なものすべてにチェックをお願いいたします

媒体 ▶	<input type="checkbox"/> CD-R (またはDVD)	<input type="checkbox"/> フィルム *心CTは不可	<input type="checkbox"/> カラープリント *心CTのみ可能
報告方法 ▶	<input type="checkbox"/> 後日郵送	<input type="checkbox"/> 患者手渡し	検査後1-2時間程度お待ちいただきます。 (心CTと16時以降の予約の場合は不可)
<input type="checkbox"/> 所見FAX ※原則、所見は翌日17時(土日祝日除く)までに完成します。			

検査部位・指示等

撮影方法 ▶	<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 造影のみ	<input type="checkbox"/> 単純/造影両方
検査部位 ▶	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> その他 ()
造影時確認項目 (必須) ▶ 禁忌事項がある場合は、造影検査が出来ない場合がありますことご了承ください			
• 喘息 (過去5年以内の既往も含む)	▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (造影不可)		
• 甲状腺機能亢進症	▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *ありの場合でも加療中であれば検査可能です		
• 造影アレルギー	▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アナフィラキシー歴 ()		
• ビグアナイド系糖尿病薬の服用	▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 ()	*服薬中の場合、造影前後とも48時間は休薬が必要となります	
• クレアチニン値 (小児は除く) :	_____mg/dL	または eGFR値 :	_____mL/min