

**CT検査依頼書（診療情報提供書）**

地域医療連携室

ＴＥＬ：0263-86-2812

ＦＡＸ：0263-86-2816

紹介先医療機関名

NHO まつもと医療センター　放射線科

**予約日の１～２日前までに本書のFAXをいただくと助かります。**

**（FAXは病名のみなど簡潔な内容でも差し支えありません。）**



T ・ S  
H ・ R

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **検査部位** | | **造影の有無** |
| 検査部位を図示してください。 | 検査部位に印☑をつけてください。（2か所以上付けないでください。）具体的な目的部位がありましたら記入してください。  □ 頭部  □ 顔面部（眼窩・副鼻腔・内耳）  □ 頚部  □ 頚部～胸部  □ 頚部～骨盤部  □ 胸部  □ 胸部～骨盤部  □ 腹部～骨盤部  □ 骨盤部  □ 下肢  □ 椎体（頚椎・胸椎・腰椎・仙椎）  □ 大血管  □ その他（　　　　　　　　　　） | 該当項目に印☑をつけてください。  □ 造影なし (単純ＣＴ)  □ 造影有り (造影ＣＴ)  ※造影有り・一任の場合は腎機能(クレアチニン)の値が必要です。また、クレアチニン異常値および禁忌事項に該当する方の造影検査は控えさせて頂きます。 |
| **【検査目的の詳細（病名・病歴・臨床症状等）および実施上の指示】** | | |
| **【造影CT検査に必要な確認事項】 該当項目に ○ を付けてください。**  ◇ 腎機能障害： なし ・ あり ・ 不明　　クレアチニン値（　　　　　）・ 未検  ◇ ぜんそく　： なし ・ あり ・ 不明  ◇ アレルギー： なし ・ あり ・ 不明　　詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◇ 感染症　　： なし ・ あり ・ 不明　　詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◇ 甲状腺疾患： なし ・ あり ・ 不明　　詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◇ ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系糖尿病薬内服： なし ・ あり ⇒ 造影CTを受ける方は検査前後2日間（当日を含めた合計5日間）内服を中止してください。中止された方は印☑をお付けください。**（ □ 中止済み）**  ◇ 体重 ： （　　　　kg） 造影剤量を決めるのに参照いたします。  **◇「造影ＣＴ検査説明書および同意書」をお読みいただくよう患者様にお伝えください。： 済 ・ 未** | | |