



CT 検査依頼書(診療情報提供書)

紹介先医療機関名

NHO まつもと医療センター 放射線科

地域医療連携室

TEL:0263-86-2812

FAX:0263-86-2816

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。)

氏名: 様 男・女	紹介元医療機関名			
	生年月日 T・S H・R 年 月 日 才		貴科名	ご担当医師
住所:			科	医師
TEL:	検査予定日時:		年 月 日	時 分

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。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面部 (眼窩・副鼻腔・内耳) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部～胸部 <input type="checkbox"/> 頸部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> その他 ()	該当項目に印☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 造影なし (単純CT) <input type="checkbox"/> 造影有り (造影CT) ※造影有りの場合は腎機能 (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いただきます。

【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 ()
- ◇ ビグアナイド系糖尿病薬内服: 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