

CT 検査依頼用紙

フリガナ	貴院の名称及び所在地		
患者氏名 (男・女)			
生年月日(西暦) 年 月 日 (才)	診療科	先生	
患者連絡先(TEL)	担当医	FAX	
TEL			
予約希望日時・時間帯(依頼日より7日目以降の日程でお願いします。)			
第1:20 年 月 日 () 午前・午後 <input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望			
第2:20 年 月 日 () 午前・午後 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日(曜日等) ()			
*予約状況によっては、ご希望に添えない場合があります。			
*希望日及び都合の悪い日のご記入が円滑な予約取得につながります。			

検査予約を円滑に行うため、以下の事項について事前にお知らせください。

1. 検査部位 *複数選択可

- 頭部 眼窩 副鼻腔 側頭骨 頸部 胸部 腹部 骨盤
 四肢 () 脊椎 ()
 その他 ()

2. 検査目的 例) 肺結節の精査、肝腫瘍の精査、乳癌術後 follow up 等
()3. 造影の有無 無 or 有

【造影禁忌事項等の確認】

- 造影剤使用歴 無 or 有
 造影剤アレルギー 無 or 有 (具体的に:)
 アレルギー歴 無 or 有 (具体的に:)
 気管支喘息 無 or 有
 腎機能障害 無 or 有
 感染症 無 or 有 (具体的に:)
 糖尿病薬の使用 無 or 有 (薬品名:)

★ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている患者さんには、
 検査前の48時間 と 検査後の48時間 の休薬をご指示ください。

【注意事項】

- 1) 造影検査の場合、検査前の3時間は食事をしないようお伝えください。
- 2) 検査前に造影剤使用についてこちらで説明し、同意書を書いていただきます。
- 3) 造影剤使用の可否判断のため、採血結果を当日の紹介状に添付してください。

4. その他

- 1) 検査後の画像はCD-Rに書き込み、読影レポートと共に検査依頼された医療機関にお送りいたします。
- 2) 紹介状(診療情報提供書)の原本は、患者さんにお渡しください。