

診療情報提供書（CT検査依頼書）

医療法人社団善仁会 小山記念病院

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

予約日時 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ :			
患者氏名 :	様 (男 ・ 女)	生年月日 :	年 月 日
住所 :	電話番号 :		

傷病名
検査目的 (できるだけ詳細に記入してください)
既往歴
現在の処方及び詳細指示
外固定 (あり ・ なし)

検査依頼

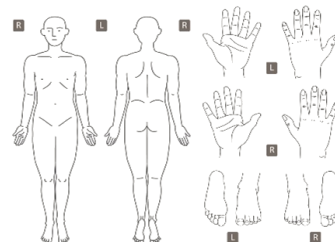
CT検査

- ☐ 単純のみ
☐ 単純 + 造影 (平衡相のみ ・ ダイナミック)

- ・ 造影検査は、造影剤使用検査問診票を記載ください。また、腎機能(血清クレアチニン値)を含む
3ヶ月以内の血液データを添付してください。尚、透析中、eGFRが30以下は造影検査不可となります。
・ ビグアナイド系糖尿病薬を内服している方は、検査日を含めた5日間の休薬をお願いします。

- | | | | |
|----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 頭部 | <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 側頭骨 |
| 脊椎 | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 |
| 頸部 | <input type="checkbox"/> 頸部 | | <input type="checkbox"/> 全脊椎 |
| 胸部 | <input type="checkbox"/> 胸部 | | |
| 腹部 | <input type="checkbox"/> 上腹部 | <input type="checkbox"/> 全腹部 | <input type="checkbox"/> 骨盤腔 |
| 複合部位 | <input type="checkbox"/> 頸部～胸部 | <input type="checkbox"/> 胸部～上腹部 | <input type="checkbox"/> 胸部～全腹部 |
| 四肢 | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 肘関節 | <input type="checkbox"/> 手関節 |
| (みぎ・ひだり) | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 足関節 | <input type="checkbox"/> 足趾 |
| その他の部位 | <input type="checkbox"/> 部位 () | | |

* 必要であればシェーマを活用ください



【検査を安全に施行するため必ずご確認ください】

- ☐ 植込み型除細動器 (ICD) 無 ・ 有
☐ 体内金属・電子機器 無 ・ 有 (種類 : 時期 :)

* 上記のものは撮影範囲より外して撮影させていただく可能性があります。

* 右記をご確認いただき、チェックをお願いします ☐ 妊娠の可能性がない ☐ 授乳中ではない

画像データのお渡しはCD-Rとさせていただきます。データの閲覧が困難な場合は当院にお問い合わせください。

- ☐ 読影レポート不要 (不要の場合のみチェックしてください)