

診療情報提供書 兼 検査依頼書 (CT検査)

医療法人社団静和会 静和記念病院 検査担当者 宛

申込日 年 月 日

紹介元	医療機関名	電話番号	-
	所在地	FAX番号	-
	診療科	担当医	

患者様情報・検査希望日	フリガナ	性別	生年月日
	紹介患者氏名	様 ☐ 男 ☐ 女	大・昭・平・令 ☐ ☐ ☐ ☐ 年 月 日 歳
	ご住所	〒 -	
	電話番号	-	自宅以外の連絡先 -
	予約日時の連絡方法を選択してください	☐ 現在、外来で返信を待っている。※お急ぎの場合 ☐ 後日、紹介元医療機関から患者様へ連絡 ☐ 後日、静和記念病院から患者様へ連絡 ☐ その他()	
	受診希望日 (土日祝の受診は予約できません。予約状況によってはご希望に添えない場合もございます。)		
	(第1希望)	月 日	(第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日
	身長	cm	体重 kg
	移動	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	体内金属 ☐ なし ☐ あり () 種類 ()
	感染症	☐ なし ☐ あり ()	

☐ 結果郵送ご希望の場合はチェックを入れてください (読影レポート不要の場合は、結果CD-Rは患者様に直接お渡し致します)
 ☐ 3DCT作成

検査内容	検査部位	☐ 頭部 [☐ 顔面 ☐ 副鼻腔 ☐ 内耳] ☐ 頸部 []
		☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 大血管 [☐ 胸腹部 ☐ 胸腹部～下肢]
		☐ 胸部～骨盤 ☐ 頸部～骨盤
		☐ 脊体 [☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 頸椎-腰椎 ☐ 仙椎]
		☐ 上肢 (☐ 右・ ☐ 左) [☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 手関節 ☐ その他()]
		☐ 下肢 (☐ 右・ ☐ 左) [☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他()]
	造影の有無	☐ 単純 ☐ 造影 [☐ 平衡相のみ ☐ ダイナミック]
		妊 娠 ☐ なし ☐ あり→※原則CT検査は行いません
		喘 息 ☐ なし ☐ あり→()
		ヨードアレルギー ☐ なし ☐ あり
糖 尿 病 ☐ なし ☐ あり→ビグアナイド系糖尿病薬は、検査2日前から休薬		
3ヶ月以内の腎機能	採血日 月 日 ☐ 静和記念病院で検査実施	
血清クレアチニン値	☐ 血清クレアチニン値 [mg/dL] ()	
または eGFR を記入	☐ eGFR [mL/分/1.73m ²] () ※44 以下は検査不可	

主病名	
検査目的 貴院様式 『診療情報提供書』 の添付でも可	

静和記念病院 地域医療連携室 TEL 011-738-7051 FAX 011-738-7081