

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

記載日 年 月 日

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

患者様情報	フリガナ		男・女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日
	お名前	様			☐ 平成 ☐ 西暦 (歳)
	ご住所	〒 TEL () -			
	検査日	月 日 () 時 分予約			
	身長	cm	体重	kg	
	移動	独歩・車椅子・ストレッチャー	体内金属	無・有 → 部位 () 種類 ()	
感染症	無・有 → 病名 ()	埋込型除細動器 (ICD、CRT-D)	無・有		

読影レポート不要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)

検査内容	検査部位	☐ 頭部（顔面・副鼻腔・中耳等含む） ☐ 頸部（甲状腺等含む） ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 腰部～骨盤まで ☐ 大血管（胸部・腹部） ☐ 椎体（ ） ☐ 四肢（ ）		☐ 3DCT作成
	造影の有無	☐ 単 純		
		☐ 造 影 ☐ 平衡相のみ ☐ ダイナミック [☐ 動脈(後期)相 ☐ 門脈相 ☐ 平衡相 ☐ 尿路相]		
		妊 娠	無・有 → ※ 原則CT検査は行いません	
		喘 息	無・有 → 症状（ ）	
		糖 尿 病	無・有 → 検査前後 48 時間のビグアナイド系内服薬休薬	
		ヨードアレルギー	無・有	
	過去3ヶ月以内の腎機能	採血日 月 日 ☐ 静和記念病院で採血 ☐ 血清クレアチニン値 [mg/dL] （ ） ☐ eGFR [mL/分/1.73m ²] （ ） → 44 以下は検査不可		

診 断 名 ・ 検 査 目 的	※ <u>要読影レポートの場合は、必ずご記入ください。</u>

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