

紹介元	医療機関名	電話番号
	所在地	
	診療科	担当医

患者様情報	フリガナ	様	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 (歳)
	お名前				
	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	

検査内容	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (顔面・副鼻腔・中耳等含む) <input type="checkbox"/> 頸部 (甲状腺等含む) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤まで <input type="checkbox"/> 大血管 (胸部・腹部) <input type="checkbox"/> 椎体 () <input type="checkbox"/> 四肢 ()	<input type="checkbox"/> 3DCT作成
	造影の有無	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 平衡相のみ <input type="checkbox"/> ダイナミック [<input type="checkbox"/> 動脈(後期)相 <input type="checkbox"/> 門脈相 <input type="checkbox"/> 平衡相 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 静和記念病院で採血 血清クレアチニン値 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値 [mg/dL] () もしくは eGFR を記入 <input type="checkbox"/> eGFR [mL/分/1.73m ²] () → 44 以下は検査不可	

診断名・経過・検査目的	※ 読影上必要となりますので、必ずご記入ください。