

CT 検査申込書

地域医療連携室直通 FAX: 052-680-9970 TEL: 052-680-8999

令和 年 月 日

紹介元	
医療機関名	()
電話番号:	FAX
紹介医師名	

下記の患者さんの CT 検査を依頼します。

フリガナ	(男・女)	生年月日: T/S/H	年	月	日
患者氏名	様	電話番号:	-	-	(連絡のとれる番号)
リハビリテーション病院 受診歴 なし・あり (ID 番号)					
検査希望日 第 1 希望:		月	日	()	AM・PM (:)
第 2 希望:		月	日	()	AM・PM (:)
◎予約日の日程調整は、リハビリテーション病院が <input type="checkbox"/> 患者さんを行う <input type="checkbox"/> 医療機関を行う					
連絡事項	(具体的な目標部位等をご記載ください) ※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。				

以下の項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

検査希望部位	
<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢(右 / 左、部位:) <input type="checkbox"/> その他()	
撮影手法 <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 単純+造影	
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーを植え込んでいる。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 除細動器付デバイス (ICD・CRT-D) を植え込んでいる。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> インスリンポンプ、持続グルコース測定器を留置している。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 女性のみ: 妊娠中または妊娠の可能性がある。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
<input type="checkbox"/> 被ばくに関する説明を行いました。 <input type="checkbox"/> 検査当日持参の別紙「CT 検査説明書・問診票」を説明し渡しました。	

造影 CT をご希望の場合、以下もご記入をお願いいたします。

・クレアチニン値	mg/dl	eGFR	ml/min/1.73m ³
(採血日	年	月	日)
・ヨード造影剤アレルギー	無	・ 有	・ 不明
・他のアレルギー	無	・ 有	
・喘息・甲状腺機能不全	無	・ 有	
・メトホルミン製剤内服	無	・ 有	
※eGFR60 未満の場合は検査 2 日前から計 5 日間の休薬をお願いします。			
<input type="checkbox"/> 造影 CT の必要性及び危険性について説明を行い、同意書を取得しました。			
※造影検査同意書は検査当日ご持参ください。			

検査結果は、後日レポートを同封し紹介元の先生へ郵送します。

検査や結果をお急ぎの場合はご相談ください。

以上、ご記入ありがとうございました。