

(宛先)

(様式4)

CT 検査依頼票

名市大 西部医療センター 地域医療連携センター

FAX 番号 (052) 856-0049

依頼機関

医療機関名

医療機関連絡スタッフ名

TEL

FAX

依頼日 令和 年 月

| | | | |
|--|----------------|--|-------------------------|
| フリガナ 患者氏名 | 連絡先： - - | 男 女 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 住所 | | | |
| 希望検査日 | 【※造影検査は午前のみです】 | | ① 妊娠の有無： 有・無 |
| | 第1希望： | 月 日 () AM | PM |
| | 第2希望： | 月 日 () AM | PM |
| 希望検査部位 | | ※必ずチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 被ばくに関する説明を行いました。 (必要により、撮影部位を明示してください。) | |
| ア 頭部 イ 頸部 ウ 胸部 エ 上腹部 オ 下腹部 (骨盤部) カ 股関節 キ その他 ク インプラントの為の撮影 (自費) | | | |
| 撮影方法： 単純 単純+造影 | | ②ペースメーカー 有・無 | ③除細動器 有・無 |

※ 造影検査の場合、ご記入ください。

※10歳未満の方は、小児科へご依頼ください。

| | |
|---|------------------|
| ④クレアチン _____mg/dl eGFR _____ml/min/1.73m ³ 採血日 ____年 ____月 ____日 (eGFR60未満は造影できません。採血日1年以上前の場合、改めて血液検査を行ってください。) | |
| ⑤ヨド造影剤アレルギー - 無 ・ 有 ・ 不明 | ⑥他のアレルギー - 無 ・ 有 |
| ⑦喘息、甲状腺機能不全 無 ・ 有 | 内容： |

①-⑦が”有”の場合、検査は一部で困難です。連携室より確認の電話をさせていただきます。

西部医療センター 地域医療連携センター直通電話 052-991-8145