

(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 ____ 日

フリガナ 患者氏名	男	明治・大正・昭和・平成・令和
連絡先: _____	女	____ 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 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)	※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。)
	撮影方法: 単純 単純+造影

⑦ペースメーカー 有・無 ⑧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。

②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。)	
③ヨド造影剤アレルギー - 無・有・不明	④他のアレルギー - 無・有
⑤喘息、甲状腺機能不全 無・有	内容:
⑥外服の糖尿病薬内服 無・有 (例:メルピン、メディット、グリコラン、メトリオン、ネルビス、メトホルミン塩酸塩錠)	

①-③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