

診療情報提供書（CT 検査依頼書）

紹介元医療機関

名称		医師名	
住所	〒		
TEL		FAX	
検査実施希望日	年 月 日 午前・午後 時 分		

患者情報 フリガナ.....

患者氏名..... 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）

住所 〒..... TEL (.....)

- 頭部 胸部（肺野・縦隔・他） 腹部（肝・胆・膵・腎・他）
 頸部 胸椎 骨盤部（膀胱・卵巣・子宮・前立腺・他）
 頸椎 胸椎 四肢・関節（ ） その他（ ）

その他の検査希望事項・注意事項：

検査目的（スクリーニング・精査・経過観察（前回撮影日 年 月 日）・その他）

臨床診断：

病歴、検査所見など：

ペースメーカー：有・無、植込み型除細動器：有・無

※植込み型除細動器を含む部位（主に胸部）の CT 検査は行いません。

造影剤： 要 不要 → 要の場合は下記の記入をお願いいたします。

腎機能 血清 Cr mg/dL、eGFR (採血日 年 月 日)

造影剤検査の既往：（有の場合は、副作用の既往 有・無）

気管支喘息：有・無 甲状腺機能亢進症・多結節性甲状腺腫：有・無

※造影剤アレルギー、eGFR 45 未満、気管支喘息の既往、上記の甲状腺疾患の方はリスクを鑑み、当院での造影剤検査は行いません。当日問診医の判断で造影を行わない場合もありますので、予めご了承下さい。

治療薬：有・無 → 有の場合、下記該当薬があれば、まるで囲み、記入をお願いいたします。

利尿薬、NSAIDs、降圧薬、ジピリダモール、ポセンタン、アミノグリコシド、バンコマイシン、
 アムホテリシン B、**ビグアナイド系薬剤**、β-遮断薬（ ）

※ビグアナイド使用中の患者は中止が必要です。あらかじめご連絡ください。

貧血：有・無 → 有の場合 Ht % (採血日 年 月 日)

アレルギー：有・無 → 有の場合（内容 ）

糖尿病：有・無 妊娠の可能性：有・無

心疾患：有・無 多発性骨髄腫：有・無

検査結果のご報告に関して

- ・画像 DICOM データ（CD-R に記録） 不要（報告書のみ希望）
- ・画像返送手段 検査当日患者さんへ 郵送（報告書に同封希望）
- ・読影報告書 要 不要 ・報告書返送手段 郵送 FAX

