

高度医療機器利用申込書兼診療情報提供書(CT)

令和 年 月 日

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX — — TEL — —

●患者様情報

フリガナ		男 ・ の 女 他	大正・昭和・平成・令和
患者様氏名			年 月 日生
患者様電話番号	()	身長	cm 体重 kg
検査希望日時	本日 .		
病名または疑診名 日本語でお願いします			

●検査依頼目的と臨床所見 (必ずご記入ください。)

ペースメーカー/除細動器	あり	なし
妊娠の可能性	あり	なし
造影剤使用時の必須確認項目		
1) eGFR値		
血清クレアチニン値		mg/dl
検査日	年 月 日	
(3ヶ月以内の採血データをご記入ください)		
2) 気管支喘息の有無	あり	なし
3) CT造影剤副作用歴の有無	あり	なし
4) 糖尿病薬服用の有無	あり	なし
→ ありの場合 薬剤名 ()		

(注 1から4の記入がないと、検査ができないことがあります)

CT (単純・造影・単純+造影・3D作成) 撮影方法及び部位を○で囲んでください

頭部系	頸部系	胸部系	腹部系	血管系	上肢系	下肢系	脊椎,骨盤系
頭部	頸部	胸部	上腹部	頭部血管	肩関節	股関節	頸椎
眼窩部	甲状腺	肋骨	下腹部	頸部血管	上腕部	大腿部	胸椎
内耳・内耳道		乳房・乳腺	上～下腹部	胸部大動脈	肘関節	膝関節	腰椎
副鼻腔		肺動脈	肝臓	腹部大動脈	前腕部	下腿部	仙骨
上下顎骨			膵臓	上肢血管	手関節	足関節	骨盤
インプラント	骨格筋		腎臓	下肢血管	手部	足部	

- お申し込み受付後、地域医療連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを患者様へお渡しください。また造影検査の場合は、別途「造影剤投与に関する同意書」もご用意ください。
- ビグアイド系糖尿病薬を服用しているかたは、検査前後48時間の休薬が必要です。
- 本申込書により撮影した情報は、当院保有の個人情報となるため、法的提供、カルテ開示等に利用されますのでご留意ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	—	—
予約日時	月 日 ()	時	分～
			月 日 受付