

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:

依頼元医師氏名:

連絡先 FAX — — TEL — —

●患者情報

フリガナ		男 ・ 女 ・ 他	大正・昭和・平成・令和
患者氏名			年 月 日生
住 所		身長	cm 体重 kg
患者電話番号		緊急連絡先・氏名	
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			脾臓	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さんへお渡しください。また造影検査の場合は、「造影剤投与に関する同意書」にて同意を得てください。
- ビグアナ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ることがあります。
- 上下腹部の検査を受けられる方は、検査前の1食(午前の場合は朝食、午後の場合は昼食)を食べないようにしてください。
- 持続血糖測定器、インスリンポンプ等の機器を装着している場合は、検査前にお申し出ください。

●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			