①　CT検査　申込書　兼　紹介状（診療情報提供書）
（＊ネット、お電話にて予約確定後、FAXの送信をお願いいたします。）

検査日	年　　月　　日（　　）
時　間	午前 / 午後　　時　　分
読影結果報告 ○してください。	・至急 結果FAX（レポート・CD郵送） 7日以内に発送 ・至急 結果FAX（レポート郵送・CD患者手渡し） 3～4日以内に発送 ・後日 通常郵送（レポート・CD郵送）7日以内に発送

紹介元医療機関名称・所在地

所在地
医師名
TEL（　　-　　-　　）
FAX（　　-　　-　　）

フリガナ		性別	生　年　月　日
患者氏名	様	男 / 女	昭和 / 平成 / 令和 年　　月　　日

撮影方法 ○してください。	単　純　　/　　造　影

撮影部位 ○してください。	頭部　（　上顎　下顎　副鼻腔　眼窩　）　/　中耳　/　頸部 心臓（冠動脈）/　胸部　/　上腹部（　肝　胆　膵　腎　副腎　）　/　下腹・骨盤部 頚椎　/　胸椎　/　腰椎　/　股関節　/　上肢（右 / 左）　/　下肢（右 / 左）　/　その他

ご依頼の内容（病歴・主な症状など）

【冠動脈CTの場合】βブロッカー（インデル10mg）使用：可・不可、冠血管拡張薬（ミオコールスプレー）使用：可・不可

（CT)造影剤使用前チェックリスト

造影剤使用歴	無　/　有（時期と検査名　　）
造影剤副作用歴	無　/　有（時期と症状　　）
気管支喘息	無　/　有（一番最近の発作の時期　　）
腎障害	無　/　有（病名　　）
血清クレアチニン値	mg/dl、　　eGFR　　ml/分/1.73㎡
喘息以外のアレルギー歴	無　/　有（　　）
甲状腺疾患	無　/　有（　　）
妊娠またはその可能性	無　/　有

（造影の場合）

＊気管支喘息、eGFR低値（＜30）の場合は撮影を単純に切り替えさせていただくか、もしくはお断りする場合もございます。

＊血清クレアチニン値、eGFR値の記載がない場合は撮影を単純に切り替えさせていただくか、もしくはお断りする場合もございます。

＊ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、検査日含む前後２日（計５日間）は休薬してください。

独立行政法人地域医療機能推進機構　　TEL:045-331-1559
横浜保土ケ谷中央病院　　患者サポートセンター　　FAX:045-331-1333