CT検査　申込書兼紹介状

検査日	年　　月　　日（　　）
時　間	午前・午後　　時　　分
読影結果のご報告	☐ 後日郵送　（7日以内に発送） ☐ 後日ＦＡＸ（3～4日以内に送信） ☐ 不　　要

紹介元医療機関
の名称・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	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日

撮　影 部　位	☐ 頭部　☐ 上顎　☐ 下顎　☐ 副鼻腔　☐ 眼窩　☐ 中耳　☐ 頚部　☐ 胸部 ☐ 心臓（冠状動脈）☐ 上腹部（ 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 副腎 ）☐ 下腹・骨盤部 ☐ 頚椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ 上肢　☐ 下肢　☐ その他（　　）

ご依頼の理由（病歴・主な症状など）

[冠動脈CTの場合]　βﾌﾞﾛｯｶｰ（ｲﾝﾃﾞﾗﾙ10mg）使用： 可 · 不可 、冠血管拡張薬（ﾐｵｺｰﾙｽﾌﾟﾚｰ）使用： 可 · 不可

ヨード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　あるいは　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　（　　）
ビグアナイド系糖尿病薬の服用	無　・　有　（検査2日前～検査2日後の休薬が必要）
妊娠またはその可能性	無　・　有

独立行政法人 地域医療機能推進機構
横浜保土ケ谷中央病院　地域連携室　TEL：045-331-1559