

CT検査申込書(兼診療情報提供書)

※ 診療情報提供書は不要です。

(申込先) 函館五稜郭病院 放射線診断科

TEL 0138-51-5699 (連携室直通) FAX 0120-515-699

医療機関名

医師名

先生

TEL ()

FAX ()

フリガナ		
患者氏名	様(男・女)	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ()歳	
希望検査日	第1希望 年 月 日 午前・午後	第2希望 年 月 日 午前・午後

■ 病歴・検査目的	■ 検査種類 (○をお付けください)	
	a. 単純 b. 単純+造影 (■造影剤チェック項目記入必須) c. 造影 (■造影剤チェック項目記入必須) ※ 造影依頼時は、事前にクレアチニンのチェックを行ってください。	
■ 検査部位 (○をお付けください)	■ 造影剤チェック項目 (造影依頼時のみご記入ください)	
	1. 頭部	造影剤副作用歴 有 ・ 無
	2. 頸部 (1. 甲状腺 2. その他)	喘息アレルギー 有 ・ 無
	3. 胸部 (1. 肺 2. 縦隔 3. 胸部大動脈 4. その他)	腎機能異常 有 ・ 無
	4. 腹部 (1. 胆・肝・膵・脾・腎・副腎 2. 腹部大動脈 3. その他)	クレアチニンの値
	5. 骨盤腔 (1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺 5. その他)	eGFRの値
	6. その他 ()	妊娠 + ・ -
■ 診療および検査予約について		
※ 患者さんの来院日時につきましては、ご予約時にお知らせ致します。 ※ 検査当日は、正面玄関を入り右手の紹介患者窓口へお越しください。外来カルテを作成し窓口へご案内致します。 ※ 造影検査は午後のみです。 ※ 造影検査当日の食事は、消化の良いものであれば召し上がっていただいて構いません。 尚、逆に水分は出来るだけお取りください。 単純検査に関しては、飲食制限はありません。		