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 0120-515-698

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	＋ ・ －
7.冠動脈CT	造影となりますので■造影剤チェック項目の記入お願いします//必須資料（処方内容、可能であれば他院の処方内分も）		

■ 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。