

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・IVR科

(前方連携直通) TEL 0138-51-5699 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、検査データは3ヶ月内の値)	
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	検査年月日 / /
5. 骨盤腔	(1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺 5. その他)	eGFRの値	検査年月日 / /
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をお願いします ※ 必須添付資料(処方内容、可能であれば他院の処方をお願いします)		
■ 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新患・紹介患者窓口へお越しください。受付後に外来へご案内致します。 ※ 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。なお、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。			