

診療情報提供書(CT検査依頼票)

検査日	年 月 日	依頼元病院名	
予約時間	時 分	依頼医	
氏名		性別 男・女	病名(主訴)
生年月日	M · T · S · H 年 月 日	希望媒体	CD-R・フィルム
食事制限	無 · 朝禁 · 昼禁	結果	後日お届け・本人渡し
検査部位 (検査部位に○印をお願い致します。)		検査目的 (具体的に記入をお願い致します。)	
1. 頭部 標準スキャン 眼窩・顔面骨・副鼻腔・内耳道 2. 頸部 3. 胸部 4. 腹部 5. 骨盤部 6. 脊椎 頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨 7. 上肢 (右・左) 肩関節・肘関節・手関節 その他() 8. 下肢 (右・左) 骨盤・股関節・膝関節・足関節 その他() 9. 血管 頭部・頸部・大動脈・上肢・下肢 10. 心臓血管 11. その他()			
検査指示：単純 ・ 造影			
造影剤を使用する場合は下記項目へのご記入もお願いいたします。			
1. 血清クレアチニン値(目安 3ヶ月以内)	(mg/dl)
2. 糖尿病の治療で薬を内服されていますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
『はい』の方は内服されている薬剤を記載して下さい。	()
3. 甲状腺の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
4. 造影剤を用いた検査を受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
5. そのとき、副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
6. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
7. 授乳中、または妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
8. 何か持病はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
心臓CT検査の場合は下記項目へのご記入もお願いいたします。 (前投与薬を使用しないと良好な画像が得られない可能性があります。)			
・ニトロペン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(血圧100mmHg以上の場合使用)
・βブロッカー(セロケン錠20mg)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(心拍70以上の場合使用)