

診療情報提供書／CT検査依頼書

患者氏名	フリガナ 様 男 女	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査日	年 月 日 (曜日)
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
依頼医療機関名 電話 FAX 依頼医師名		患者ID	IDは、当医療センターにて記入
		フィルム	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
【検査部位】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純十造影 (✓チェック)			
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔(アキシャル・コロナル) <input type="checkbox"/> ロインプラントCT(上顎 下顎) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺のみ 縦隔のみ 肺十縦隔) <input type="checkbox"/> 腹部(肝 胆 脾 牌) <input type="checkbox"/> 腎 副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎 仙椎) <input type="checkbox"/> その他 ()			
【病名・診断名】 (必須項目)			
【紹介・検査目的・現在の治療内容等】			
※検査の安全の為に以下のチェックをお願いします。		※造影検査の時のみ以下の問診をお願いします。	
CTチェックリスト		CT造影検査用の問診	
<input type="checkbox"/> ペースメーカー (有・無) ▲メトロニック社製InSynC8040 ▲メトロニック社製セラシリーズ ▲上記の製品が撮影部位にある場合:原則禁忌 <input type="checkbox"/> 埋め込み型除細動器等の電子機器 (有・無) ▲撮影部位にある場合:原則禁忌 <input type="checkbox"/> その他の手術歴 (有:_____・無) <input type="checkbox"/> 妊娠並びに可能性 (有・無)		<input type="checkbox"/> 感染症 (有:_____・無) <input type="checkbox"/> 造影剤の使用経験 (有・無) 有の方に:副作用がありましたか? (有・無) ▲気管支喘息 (有・無) <input type="checkbox"/> アレルギー歴 (有・無) <input type="checkbox"/> 家族に気管支喘息・アレルギー歴 (有・無) <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (有・無) (eGFR又はクレアチン値_____検査日_____) ▲甲状腺の疾患 (有・無) ▲マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫 (有・無) <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬(ビグアナイド系)使用 (有・無) <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬(β-ブロッカー)使用 (有・無)	
※禁忌 ▲原則禁忌 <input type="checkbox"/> 慎重・注意			
上記の項目を受けて最終的な造影の可否については、放射線科医にて判断させていただきますので、ご了承ください。			
造影剤の使用 (可・否)		医師名 _____ (印)	

診療情報提供書／CT検査依頼書

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
生年月日	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
依頼医療機関名	電話 FAX 依頼医師名	患者ID	IDは、当医療センターにて記入
		フィルム	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
【検査部位】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純十造影 (✓チェック)			
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔(アキシャル・コロナル) <input type="checkbox"/> インプラントCT(上顎 下顎)			
<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺のみ 縦隔のみ 肺十縦隔)			
<input type="checkbox"/> 腹部(肝 胆 脾 牌) <input type="checkbox"/> 腎 副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔			
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎 仙椎) <input type="checkbox"/> その他()			
【病名・診断名】 (必須項目)			
【紹介・検査目的・現在の治療内容等】			
※検査の安全の為に以下のチェックをお願いします。		※造影検査の時のみ以下の問診をお願いします。	
CTチェックリスト		CT造影検査用の問診	
<input type="checkbox"/> ペースメーカー (有・無) ▲メトロニック社製InSynC8040 ▲メトロニック社製セラシリーズ ▲上記の製品が撮影部位にある場合:原則禁忌 <input type="checkbox"/> 埋め込み型除細動器等の電子機器 (有・無) ▲撮影部位にある場合:原則禁忌 <input type="checkbox"/> その他の手術歴 (有:_____・無) <input type="checkbox"/> 妊娠並びに可能性 (有・無)		<input type="checkbox"/> 感染症 (有:_____・無) <input type="checkbox"/> 造影剤の使用経験 (有・無) 有の方に:副作用がありましたか? (有・無) ▲気管支喘息 (有・無) <input type="checkbox"/> アレルギー歴 (有・無) <input type="checkbox"/> 家族に気管支喘息・アレルギー歴 (有・無) <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (有・無) (eGFR又はクレアチン値_____検査日_____) ▲甲状腺の疾患 (有・無) ▲マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫 (有・無) <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬(ビグアナイド系)使用 (有・無) <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬(β-ブロッカー)使用 (有・無)	
※禁忌 ▲原則禁忌		<input type="checkbox"/> 慎重・注意	
上記の項目を受けて最終的な造影の可否については、放射線科医にて判断させていただきますので、ご了承ください。			
造影剤の使用 (可・否)		医師名 _____ (印)	

CT検査予約票

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
		患者ID	IDは、当医療センターにて記入
依頼医療機関名 電話 FAX 依頼医師名		フィルム	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
【検査部位】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純十造影 (✓チェック)			
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔(アキシャル・コロナル) <input type="checkbox"/> インプラントCT(上顎 下顎)			
<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺のみ 縦隔のみ 肺十縦隔)			
<input type="checkbox"/> 腹部(肝 胆 脾 牌) <input type="checkbox"/> 腎 副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔			
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎 仙椎) <input type="checkbox"/> その他 ()			

CT検査を受けられる方へ

【当日の手続きについて】

検査当日は、検査予定時刻20分前までに、公立阿伎留医療センター新患受付1番窓口へCT検査予約票・保険証・診療情報提供書を提出し、受付の手続きをしてください。

【食事についての注意事項】

1) 腹部(消化器系)及び造影検査は、以下のようにしてください。

午前の検査については：朝食は、禁食になりますが、水分は、水や、お茶等を充分に取ってください。

午後の検査については：昼食は、禁食となります。午前と同様に水分は、充分にお茶等を取ってください。

* 内服薬を服用している方は、主治医にご相談してください。

2) 腹部以外の単純検査については、食事等の制限は、ございません。

【注意事項とお願い】

1) 予約検査のため予定時刻に遅れないようにお願いします。

2) ご都合により検査にこられない場合、又は遅れる場合は[公立阿伎留医療センター放射線科]まで速やかにご連絡ください。

3) 急患等で検査予定時刻が多少前後する場合がありますのでご了承ください。

※ご不明なことがございましたら、放射線科までお問い合わせください。

公立阿伎留医療センター 042-558-0321 (代表)

放射線科受付 内線 2200

CT室 内線 2209