**診療情報提供書（CT検査依頼書）**　　　　　　　　　　　　 　送付用

海老原総合病院　　　　　　　　　　**[貴医療機関情報]**　　　　　　　　　　　　　　　記載日：20　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 名称  診療科 ・ 主治医名  電話番号・FAX番号 |

画像診断センター

担当先生御机下

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | フリガナは必ず記載を  お願いします。 | 生年月日 | 大 ・ 昭　・ 平　・令 |
| 氏　　名 | 男　・　女 | 年　　　　月　　　　　日 　生 | |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |

■**患者基本情報**

**検査予定日　20　　　　年　　　月　　　日　　　　　時　　　　分**

■**検査目的**（出来るだけ詳細に）

|  |
| --- |
|  |

　■**検査部位　希望の項目を一つだけ○で囲んでください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 頭部　・　顔面 | 頸 部 |
| 胸部　腹部 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

■造影

有 ・ 無　（造影の場合は造影剤使用同意書への記載もお願いします。）

■患者診療情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往歴  ペースメーカー（ 有 ・ 無 ）　　　体重　　　　　Kg | | | | 糖尿病薬の服用有無【 有 ・ 無 】  （メトグルコ・グリコラン・イニシンク配合錠・エクメット配合錠・メタクト配合錠・ジベトス錠・ジベトンS）  現在の処方 |
| アレルギー | | 有 ・ 無 | アレルギーの種類【　飲み薬　・ 注射　・ 食べ物　・ その他（　　　　　　）】  □品名　　　　　　　　　　　　　　　□症状 | |
| 造影剤副作用 | | 有 ・ 無 |
| 腎機能 | 検査日：　　　　　年　　　月　　　日　（クレアチニン：　　　　　　　　, eGFR：　　　　　　　　　） | | | |
| eGFR＜30の場合は原則造影不可となります。また、過去3カ月以内の血液データでない場合は、当院で血液検査を行い、  その結果後検査となります。その際は、血液検査の結果が出るまでの約45分お待ちいただくことになります。ご了承ください。 | | | | |

読影結果が分かり次第、速やかなFAXでの報告を（ 希望する　・ 希望しない ）