

# 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

画像診断センター

担当先生御机下

名称

診療科・主治医名

電話番号・FAX 番号

## ■患者基本情報

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	

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	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・メトホルミン・メタクト配合錠・ジベトス錠・ジベトンS)
	現在の処方
体重	Kg
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)