

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)

CT・MRI 造影剤使用同意書(院外依頼用)

検査日：20 年 月 日

海老原総合病院 病院長 宛て

私は、検査に際し造影剤を使用することについて、担当医師から別紙の造影検査説明を受け、造影剤の必要性や副作用に十分理解した上で、これを投与されることに

(同意します / 同意しません)

※同意された場合でも撤回する事ができます。

20 年 月 日

患者氏名_____

代理人氏名_____ (続柄) _____

緊急連絡先 氏名_____ 続柄_____ (電話：_____)

説明医_____