

画像検査依頼書（CT撮影依頼用）

医療機関名： _____

高松医療センター

医師名： _____

地域医療連携室

TEL： _____

TEL:087-841-2162

FAX： _____

FAX:087-841-2178

検査希望日 令和 年 月 日 午前・午後 時頃

当日検査希望 午前・午後

※造影検査は(月)・(木)曜日14時です。30分前に来院いただく必要がございます。

フリガナ 患者氏名	姓)	名)	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
			性別	男 ・ 女			
検査結果について	<input type="checkbox"/> CDを患者様へお渡し		<input type="checkbox"/> CDを貴院へ郵送				
臨床診断名 (疑いを含む)							
紹介目的 臨床経過 検査結果等	※診療情報提供書を添付の場合は、下記のご記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 画像診断のみ希望						
検査部位 ※必要部位を全て チェックしてください	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸部				
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤				
	<input type="checkbox"/> 脊椎()	<input type="checkbox"/> 四肢関節()					
	<input type="checkbox"/> その他()						
造影検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：直近3ヶ月以内のクレアチニン値をお知らせください						
検査必須問診 (体内金属等について)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 体内の埋め込み型電子機器（インスリンポンプ・ペースメーカー等） <input type="checkbox"/> 持続グルコース測定器（チェックがある場合： <input type="checkbox"/> 装着したまま撮影・ <input type="checkbox"/> 除去して撮影可） <input type="checkbox"/> その他の体内金属（ ）						
造影検査問診 ※造影検査希望時にご記入下さい	・造影剤アレルギー（有・無） ※造影剤アレルギーのある方は造影検査ができない場合がございます。 ・現在治療中の気管支喘息（有・無） ・腎不全（有・無） ・糖尿病(ビグアナイド系薬内服中)(有・無) 【有の場合:休薬期間 月 日～ 月 日】 ※上記以外にも造影検査にあたって注意が必要な場合はお申し出下さい。						

※所見は毎週水曜日の作成となります。