

診療情報提供書(CT 検査依頼書)

記入年月日： 年 月 日

患者氏名	ふりがな： _____	御依頼された 医療機関名：
	男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	紹介医師名：
身長：	体重：	TEL： ()
	cm Kg	FAX： ()

検査予定日： 月 日 曜日 午前・午後 時 分

必ずご記入ください。(出来るだけ詳細にお願い致します)

臨床診断： _____

検査目的・既往歴・治療の経過・その他：

検査部位 (1 検査 1 部位でのオーダーをお願いします)

頭部 (頭部 頭部・顔面 顔面(副鼻腔) その他())

頸胸部(頸部 肺野 縦隔 その他())

腹部 (肝臓 脾臓 腎臓 胆道系 その他())

骨盤部(子宮・卵巣 前立腺 その他())

整形系(関節(右・左・両方))(肩 肘 手関節 手 股 膝 足関節 足))

特殊 (耳(ターゲットCT) 心臓(造影) CT コログラフィ(大腸) 下肢 CTA(造影))

その他(上記以外具体的に)
()

造影剤の必要性： なし あり

造影検査の場合、以下の項目を記入し、ご依頼をお願い致します。

○造影検査前の確認事項(※別紙造影検査承諾書の記入・説明)

血清クレアチニン値：()mg/dl	造影剤アレルギー： なし ・ あり
または eGFR : ()	喘息 : なし ・ あり
	糖尿病 : なし ・ あり

画像： CD1 枚(無償) CD1 枚(無償) +(コピー分× 枚)(1 枚550円(税込))

読影レポート(翌日に発送)： 郵送 郵送+FAX