出雲市立総合医療センター　医事課・紹介患者窓口　行　　Fax：0853-63-5777　受付時間：8:30～17:00（休診日を除く）

X線CT 検査依頼書

患者情報	フリガナ			依頼元医療機関ID	
	氏　名	男　・　女		総合医療センター受診歴	有　　無
	生年月日	T・S・H・R　年　月　日　才		総合医療センターID	
	住　所	市　　町		予約希望日 第1希望	月　日（午前・午後）
依頼元医療機関	医療機関名			第2希望	月　日（午前・午後）
	診療科		TEL　-　-	第3希望	月　日（午前・午後）
	医師名		Fax　-　-	なるべく早く入る日で（午前・午後）	
	次回受診予定日	月　日　又は　未定		（　）週間以内に　・　1ヶ月以内に	

検査部位	**希望される部位に ○印 をしてください**	どちらかに ○印 をしてください
	頭頸部：（頭部）・（副鼻腔）・（側頭骨）・（インプラント【上顎・下顎】）	単純　造影
	：（頸部）・（頭部CTA）・（頸部CTA）	**造影**の場合、**クレアチニン**
	胸腹部：（胸部）・（上腹部）・（下腹部）・（胸腹部CTA【部位；　】）	mg/dl
	椎　体：（　～　）／四　肢：（　）	
	３Ｄ：（　）／その他：（　）	eGFR＜30 は原則造影不可です
		体重　Kg

診断名：

主症状・検査目的・検査部位・指示・治療経過などをご記載ください。

検査前確認事項（該当する箇所に ○印 をしてください。）			
ペースメーカー	無　有（メーカー：　）		
アレルギー体質	無　有	重篤な腎障害	無　有
感染症	無　有（　）	妊娠の可能性	無　有
その他留意点、必要な処置など			

記入内容についてはこちらからお問い合わせすることがあります。ご協力お願いします。

2022.06　医事課