



## 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		出雲市立総合医療センター 受診歴	有 無
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 才	出雲市立総合医療センター ID	
	住所			予約希望日	第1希望 月 日 (午前・午後)
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)		
依頼元医療機関	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 ・ 頸部 ・ 副鼻腔 ・ 側頭骨	単純 ・ 造影		
	胸・腹部 :	胸部 ・ 上腹部 ・ 下腹部(骨盤部含む) ・ 上下腹部(骨盤部含む) 胸～上腹部 ・ 胸～下腹部(骨盤部含む)	造影の場合、下記をご記入ください。		
	椎 体 :	頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰仙椎 ・ 全脊椎 ・ 椎体範囲指定( ~ )	① eGFR	ml/min	
	四 肢 :	肩関節【左・右】 ・ 肘関節【左・右】 ・ 手・手関節【左・右】 股関節【左・右・両側】 ・ 膝関節【左・右】 ・ 足・足関節【左・右】 その他四肢( )	測定日	( 年 月 日 )	
	C T A :	頭部 ・ 頸部 ・ 頭頸部 ・ その他指定部位( )	検査前3ヶ月以内		
その他 :		eGFR<30 は原則造影不可です			
		② ビグアナイド系糖尿病薬服用(有・無)			
		有の場合、検査前後2日の休薬が必要です			
		③ 体重	kg		

診断名：  検査目的(下記に検査部位・主症状・指示・治療経過などを含めてご記載ください。)	<b>検査前確認事項</b> (該当する箇所に ○印 をしてください)	
	手術歴	有 無
	ペースメーカー	有 無
	ペースメーカー有の場合 製品名 ( )	
	体内金属	有 無
	体内金属有の場合 体内金属挿入部位( )	
	インスリンポンプ・ 持続血糖測定器の使用	有 無
	アレルギー体質	有 無
	てんかん	有 無
	妊娠の可能性	有 無
	感染症	有 無
	その他留意点、必要な処置など	