



CT 検査申込書

年 月 日

紹介元 医療機関名 () 住所： 電話番号： FAX 紹介医師名

ふりがな 患者 氏名 様 (男・女)	生年月日：T/S/H 年 月 日 電話番号： - - (連絡のとれる所・携帯)
検査希望日 第1希望： 月 日 () AM・PM 第2希望： 月 日 () AM・PM 第3希望： 月 日 () AM・PM	
検査希望部位 (○印をお願いします) 頭・頸・胸・上腹部・下腹部・椎体(頸椎・胸椎・腰椎) 四肢(右/左、部位：)・その他()	
撮影手法 単純・単純+造影	
連絡事項	(具体的な目標部位等をご記載ください) ※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。 <input type="checkbox"/> 被ばくに関する説明を行いました(必ずチェックをお願いします)
ペースメーカー 無・有 除細動器 無・有 妊娠 無・有	
リハビリセンター受診歴 無・有 (ID：) (シルバーフィットネス利用も含む)	
造影 CT をご希望の場合は、以下もご記入ください。	
・クレアチニン値 mg/dl eGFR ml/min/1.73m ³ (採血日 年 月 日)	
・ヨード造影剤アレルギー 無・有・不明	
・他のアレルギー 無・有	
・喘息・甲状腺機能不全 無・有	
・メトホルミン製剤内服 無・有	
※eGFR60 未満の場合は検査 2 日前から計 5 日間の休薬をお願いします。 <input type="checkbox"/> 造影 CT の必要性及び危険性について説明を行い、同意書を取得しました。 ※造影検査同意書は検査当日ご持参ください。	