

【CT】受託検査申込書

来院時間(当院記入)

時	分
---	---

検査希望日	第1希望	令和	年	月	日 (曜日)	AM	PM	放射線科への電話連絡
	第2希望	令和	年	月	日 (曜日)	AM	PM	済・未

フリガナ		性別	生年月日					
患者様氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月	日 (歳)		
住所	〒 -							TEL ()

下記項目のご記入をお願いします。

【撮影部位】 ○で囲み、カッコ内に部位を記入願います。

頭部 ()	胸部 ()
腹部 ()	骨盤部 ()
四肢 ()	その他 ()

【読影】 (有・無) ※画像はCD-Rで提供いたします。

【造影剤】 (有・無)

※有の場合どちらか一方の記入をお願いします

血清クレアチニン: mg/dl (検査日: 年 月 日)

eGFR: mL/min/1.73m² (検査日: 年 月 日)

※造影剤有の方

糖尿病 (有・無)

有の方→薬の使用 (有 (内服・インスリン)・無)

ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方は、検査日前後2日間(計5日間)休薬が必要です

糖尿病薬の休薬 (要・不要) 休薬要の場合説明 済

造影剤 有の場合

造影剤の使用についての説明および同意書

造影検査問診票

をご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。

【必須項目】 あてはまるものに○またはレ点をしてください。

- ・「CT検査の医療被ばくについて」説明 済
- ・HCG定性(尿) (陰性・陽性)
- ・心臓ペースメーカー (有・無)
- ・閉所恐怖症 (有・無)

【移動方法】 歩行・車椅子・リクライニングチェア・ストレッチャー

紹介元医療機関名	TEL () / FAX ()
紹介医師名	

◆お願い◆

検査伝票をご記入いただいている場合、検査申込書とともに事前にFAXをお願いします。

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1

TEL 0197-25-3833(内線 257)

FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)

(R2.09)