

# CT検査

紹介状（診療情報提供書）		平成 年 月 日
紹介元医療機関名称		
住所	TEL・FAX	
医師名 <span style="float: right;">⑩</span>		
フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日
診療情報		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
※ <input type="checkbox"/> 別紙あり		

頭部・頸部	体部・四肢
脳 頭蓋 眼窩 副鼻腔 頸部 その他( )	胸部 上腹部 上下腹部 胸部～下腹部 ※胸部撮影の場合は、心臓ペースメーカ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 骨盤 股関節 脊椎( 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨 ) 上肢( ) 下肢( ) <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり その他( )

<b>単純</b>	<b>造影</b>	※ <input type="checkbox"/> 3D作成
※造影の場合 ・ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・過去にCTで造影剤を使用する検査を受けた事がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は、造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・クレアチニン値(3ヵ月以内のもの) _____ mg/dl ★腎機能が著しく低下している場合は、造影不可★		

予約検査日 月 日 検査時間 時 分

**検査日当日、患者様に紹介状としてお渡し下さい**  
 ※個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています