

CT 検査依頼問診票

紹介元医療機関様へ

CT 検査を安全に実施するために枠内の項目を記入してください。

みどり病院 ID : _____

ふりがな	
患者氏名: _____ (男・女) 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
CT 検査予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~	
検査部位 (検査部位に○で囲んでください)	撮影方法
頭 ・ 頸 ・ 胸 ・ 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 骨盤 四肢 ・ その他: (_____)	<input type="checkbox"/> PLAIN <input type="checkbox"/> CE
検査目的、病名、経過など	
紹介元医療機関	依頼医

造影検査の場合、以下のお分かりになる範囲でご記入をお願いします	
血清クレアチニン値 ; 3 ヶ月以内の採血結果 (1.5mg/dL 以上の場合は造影検査を見合わせます)	mg/dL (<input type="checkbox"/> クレアチニン値不明)
ヨード造影剤による副作用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
アレルギー体質、アレルギー性疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
心臓病、高血圧、糖尿病、腎臓病、痙攣などの疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ビグアイド系糖尿病薬の服用 (ありの場合: 検査前 1 日、検査後 2 日の休薬の指示をお願いします)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(女性の患者様) 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし