

CT 検査依頼票（診療情報提供書）

お願い

- ①お手数ですが、お電話でお申込み頂き、検査予約をお願いします。
- ②予約確定後、この用紙(検査依頼票)をFAXして頂き、患者様にお渡しください。またコピーを貴院でお控えください。
- ③腹部領域の撮影および造影剤使用について、検査当日は食止め頂きますよう、患者様にご指示ください。
- ④造影剤使用については当院担当医の判断で検査できない場合があることを患者様にお伝えください。
- ⑤検査当日は予約時間の30分前には来院、受付を済ませて頂きますよう、患者様にご指示ください。
- ⑥検査終了後に当院で会計を実施します。健康保険証をご持参頂きますよう、患者様にお伝えください。
- ⑦読影レポートは翌13時までにはFAX、後日郵送します。読影レポートの返却をもって、診療情報提供書の返書とします。

<太枠内をご記入ください>

	検査日	年 月 日	予約時間	時 分
患者情報	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別 年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳
医療機関情報	医療機関名			
	住所			
	電話番号			
	医師名	<input checked="" type="checkbox"/> X線照射録となります (捺印をお願いします)		
検査部位	(具体的な部位・臓器等をご記入ください)	検査種別	<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input checked="" type="checkbox"/> 造影撮影 → 以下の項目チェック	
			①ピグアナイド系糖尿病薬服用 (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) * 造影前後、48時間の休薬をご指示ください ②血清クレアチニン値 ()mg/dl * 単純撮影となる場合があります	
依頼内容	(主訴・現病歴・臨床所見・治療経過・希望事項等できるだけ詳しくご記入ください)			

<放射線技術科記載欄>

使用薬剤	薬剤名①:	使用量:	ml	患者番号:ID	
	薬剤名②:	使用量:	ml	CT撮影番号	
撮影情報	KV	単純①	枚	造影①	枚
	mA	単純②	枚	造影②	枚
	sec	単純③	枚	造影③	枚
					担当技師署名

