

CT 検査依頼票（診療情報提供書）

予約 申込 方法	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予約後、この用紙(検査依頼票)を記載、FAXして頂き、患者様にお渡しください。コピーを貴院でお控えください。
	③造影検査は、同意書を記載、FAXして頂き、患者様にお渡しください。コピーを貴院でお控えください。
	④腹部領域の撮影および造影検査について、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。
	⑤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。
	⑥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、患者様にお伝えください。
	⑦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。
	⑧読影レポートは翌13時まで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						
	医師署名						(印)
検査 部位 ・ 手技	具体的な部位・臓器等をご記入ください				<input type="checkbox"/> 単純撮影 → <input type="checkbox"/> 腹部系は食止め指示 <input type="checkbox"/> 造影撮影 → <input type="checkbox"/> 造影剤使用問診票・同意書記入(自署) <input type="checkbox"/> 食止め指示(造影剤説明書にチェック) <input type="checkbox"/> 以下の項目をご記入ください		
					<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬服用 (<input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 有り) ・「有り」は造影検査日の前後48時間の休薬をご指示ください		
					<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値 () mg/dl ・3ヶ月以内の検査値をご記入ください ・検査値により単純撮影となる場合があります		
依頼 内容 (疑い 病名)	主訴・現病歴・臨床所見・治療経過・疑い病名・希望事項等できるだけ詳しくご記入ください						

＜東御市民病院記載欄＞

糸球体濾過量 (e-GFR)	備考	患者番号	撮影技師	読影処理	カルテ添付
(ml/min/1.73m ²)	(機能区分)				



東御市民病院 (医療機器共同利用)

予約 : 0268-62-0572 (放射線科直通)

FAX : 0268-63-0320 (放射線科直通)