

診療情報提供書(CT 検査依頼書)

記入年月日： 年 月 日

患者氏名	ふりがな： _____	御依頼された 医療機関名：
	男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	TEL： () FAX： ()
身長	cm 体重 Kg	

検査予定日： 月 日 曜日 午前・午後 時 分

必ずご記入ください。(出来るだけ詳細にお願い致します)

臨床診断： _____

検査目的・既往歴・治療の経過・その他：

検査部位 (1検査1部位でのオーダーをお願いします)

頭部 (頭部 頭部・顔面 顔面(副鼻腔) その他())
頸胸部(頸部 肺野 縦隔 その他())
腹部 (肝臓 脾臓 腎臓 胆道系 その他())
骨盤部(子宮・卵巣 前立腺 その他())
整形系(関節(右・左・両方)(肩 肘 手関節 手 股 膝 足関節 足))
特殊 (耳(ターゲットCT) 心臓(造影) CT コログラフィ(大腸) 下肢 CTA(造影))
その他(上記以外具体的に)
()

造影剤の必要性： なし あり

造影検査の場合、以下の項目を記入し、ご依頼をお願い致します。

○造影検査前の確認事項(※別紙造影検査承諾書の記入・説明)

血清クレアチニン値： ()mg/dl 造影剤アレルギー： なし ・ あり
または eGFR : () 喘息 : なし ・ あり
糖尿病 : なし ・ あり

画像： CD1枚(無償) CD1枚(無償) +(コピー分× 枚)(1枚2,200円(税込))

読影レポート(翌日に発送)： 郵送 郵送+FAX