

診療情報提供書(CT依頼用)

年 月 日

台東区立台東病院

TEL 03-3876-1007

FAX 03-3876-1485

検査日 月 日() 時 分

紹介元医療機関名		
所在地		
医師名		
TEL	-	-
FAX	-	-

フリガナ	台東区立台東病院 受診歴(有・無・不詳)
------	----------------------

患者氏名	男 女	M・T S・H	年	月	日生(歳)
------	--------	------------	---	---	--------

住 所	TEL
-----	-----

病 名 (主 訴)	薬剤アレルギー(有・無) 嗜好
--------------	-----------------

造影剤使用の有無を○印で囲んでください。 また造影剤使用の場合、右欄のいずれかをご記入ください。 【単純のみ・造影のみ・単純+造影】	クレアチニン値: mg/dl(年 月実施)
	GFR値: ml/min/1.73m ² (年 月実施)

希望検査部位を○印で囲んでください。部位については詳細をご記入ください。

頭 部	頸 部	胸 部	腹 部	骨盤腔	脊 椎			
1. 脳 2. 脳+骨条件 3. 内耳 4. 副鼻腔 5. 頭部血管3D	1. 頸部 2. 甲状腺	1. 縦隔、肺野 2. 乳腺 3. 心臓冠動脈 4. 胸部大動脈	1. 肝臓 2. 胆嚢 3. 膵臓 4. 脾臓 5. 腎臓 6. 腹部大動脈 7. 大腸仮想内視鏡CT	1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺	1. 頸椎 2. 胸椎 3. 腰椎 4. 仙椎			
<table border="1"> <tr> <td>その他</td> <td>[</td> <td>]</td> </tr> </table>						その他	[]
その他	[]						
<p>注意：撮影範囲に胸部を含む場合、植込み型除細動器(両心室含む)、両心室ペースメーカーおよびメトロニック社製の一部ペースメーカー-InSync8040、THERA-iシリーズを埋め込んでいる方は当院では原則CT検査不可となっております。</p>								

CT検査チェックリスト(必ず○印をつけてください)

心臓ペースメーカー	(+ ・ -)	妊娠または妊娠の可能性	(+ ・ -)
植込み型除細動器	(+ ・ -)		

CT検査造影用チェックリスト(造影検査を含む場合、こちらを必ず○印をつけてください)

◆禁忌症例チェックリスト 造影剤アレルギーの既往 (+ ・ -) ヨードアレルギーの既往 (+ ・ -) 気管支喘息 (+ ・ -) 活動性甲状腺疾患 (+ ・ -) ◆慎重投与症例チェックリスト 重篤な心疾患、肝障害、腎障害 (+ ・ -) マイクログロブリン血症 (+ ・ -) 多発性骨髄腫、テタニー (+ ・ -)	◆感染症チェックリスト HBs抗原 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -) 梅毒 (+ ・ -) その他感染症 (+ ・ -) 糖尿病の有無 (+ ・ -) ビグアナイド系糖尿病薬服用 (+ ・ -) ※メグルコ錠、メホルミン塩酸塩錠、エクメット配合錠、イニシク配合錠など
---	--

ご希望のデータ媒体を○印で囲んでください。

- ・フィルム
- ・CD-R

【依頼時の確認事項】 ○造影検査においては「CT検査説明用紙」をお読みいただいた上で、ご依頼ください。 ○造影検査において当院にて採血させていただく場合があります。 ○施行にあたっては当院で判断をさせていただきます。 ○妊娠中または可能性のある方は、当院では原則CT検査不可となっております。

原則的にはデータ媒体は、一部の検査を除き当日患者様にお渡しとなります。
読影レポートは先にFAXさせていただき、2日以内に原本を郵送させていただきます。ただし、土日や祝日をはさむ場合などは翌週になる場合がございます。ご了承ください。