

# 診療情報提供 CT 申込書

\* 検査予約、お問い合わせは電話でご連絡ください(代表092-921-1011)(専用092-921-0911)

\* 検査日時が決定しましたら、申込書・問診票・診療予約票を患者さんにお渡しいたごき、当日持参させてください。

## CT

検査日 年 月 日 ( 曜)

予約時間 午前・午後 時 分

### 紹介元医療機関

施設名

診療科

担当医師

TEL

FAX

フリガナ

クレアチニン値またはeGFR不明の場合、造影できません

患者氏名 (男・女)

造影の希望

6か月以内の  
・クレアチニン値  
または  
・eGFR値

クレアチニン値

生年月日 年 月 日生 ( 才)

有・無

eGFR値

測定日 ( 年 月 日)

検査部位

臨床診断

検査目的

身長 ( cm) 体重 ( kg)

病歴・症状経過及び治療経過など

### 検査時のチェック項目

○妊娠 :なし あり ( 週)

○感染症 :なし あり ( ) HBsAg ( + - ) HCV ( + - )

### 体内金属のチェック項目

○体内電子機器 :なし あり [心臓ペースメーカー・体内除細動器・機種名 ]

※機種によっては当該部位を撮像できないことがあります。

○その他の体内機器がありましたら、種類と型番などをご記入下さい。( )

### 造影CT検査時のみチェック項目

○以前ヨード系造影剤の使用 :なし あり ○ヨードアレルギー :なし あり

○授乳中 :なし あり ○他のアレルギー歴 :なし あり

○甲状腺機能亢進症 :なし あり 喘息・花粉症・その他 [ ]

○ビグアナイド系糖尿病薬の服用 :なし あり (休薬 日)

➡ (造影CT検査希望の場合は検査前48時間、検査後48時間の服用を中止してください)

注意① : チェック項目は、依頼医療機関の医師により責任をもって記載をお願いします。

注意② : 記載に不明がある場合は、検査が行えないことがあります。

注意③ : 安全管理のため検査に関する説明書は事前に患者さんへお渡しください。

当院で再度、説明いたします。

福岡大学筑紫病院

地域医療支援センター