

CT 撮影検査（造影）依頼書

紹介元医療機関へのおお願い

※造影検査を依頼される場合は腎機能（eGFR値（検査日））を必ずご記入ください。

注）腎機能 eGFR値が30ml/分/1.73m² 未満は単純検査となります。

未検の場合は、外来診察の予約を取らせていただき、後日検査を実施します。

※現病歴、既往歴によっては単純検査に変更させていただきます。

- ・患者さんの状態不良、麻酔を要する場合、特別な指示がある場合は、事前にご相談ください。
- ・検査時は、フィルム等の各種検査資料を患者さんにお渡しいただき、持参してもらってください。

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| ふりがな 患者名 | | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部（脳、側頭骨、眼窩、副鼻腔） <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 腹部（肝、胆、膵、腎、骨盤） <input type="checkbox"/> 四肢（上肢、下肢） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※撮影部位が複数になる場合は、該当部位にチェックしてください。 | | |
| 感染症 | HBs（ + - 未 ） HCV（ + - 未 ） Wa氏（ + - 未 ） その他（ + - 未 ） | | |
| 腎機能 eGFR値 | （ ml/分/1.73m ² ） 【採血日： 年 月 日】 ※3ヶ月以内でお願いします。30ml/分/1.73m ² 未満は単純検査となります。 | | |
| 現病歴と 既往歴 | <input type="checkbox"/> 以下の全てに該当なし <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他アレルギー：（ ） <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 ◎上記の時期／治療内容：（ ） ※現病歴、既往歴によっては単純検査に変更させていただきます。 | | |
| ヨード造影剤 過敏反応 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 | ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| β遮断剤使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | お薬名（ ） | |
| ビグアイド系 糖尿病薬使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | お薬名（ ） | |
| 妊娠・授乳の 有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 ※妊娠中の場合はCT検査ができません ※授乳中の場合、 造影後24時間 は授乳不可です。 | | |
| 前回検査 | <input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 再 （ 年 月 日 ） | | |
| 検査目的 | | | |
| 特記事項 | | | |