

## CT検査 依頼書

## ①患者情報

患者名	生年月日	西暦	年	月	日
-----	------	----	---	---	---

 単純検査 (②項目まで記載ください)

 造影検査 (③項目まで記載ください)

## ②検査依頼に必要な情報

検査部位  ※撮像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。	<input type="checkbox"/> 頭部 [ 脳 ・ 側頭骨 ・ 副鼻腔 ・ ]
	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部【肝胆膵腎】 <input type="checkbox"/> 下腹部【骨盤】 <input type="checkbox"/> 四肢 [ 部位 ] 【 右 ・ 左 】 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
検査目的の詳細事項 (現病歴・臨床症状など)は診療情報提供書 (紹介状)に記載ください。	
特記事項	
	体重 <span style="float: right;">kg</span>

## ③造影剤使用に必要な情報

腎機能 eGFR値	( <span style="margin-left: 20px;">ml/分/1.73m<sup>2</sup></span> ) 【採血日： 年 月 日】 ※検査予約日の3ヶ月以内でお願いします。30ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満は単純検査となります。
現病歴と 既往歴  該当するものに✓をし、 時期/治療内容を記入し てください。	<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"/> テタニー <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> その他アレルギー：( ) 上記の時期/治療内容：( )
喘息の治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療後 (喘息薬休止後) 5年以上
	<input type="checkbox"/> 治療中 (喘息薬使用中) <input type="checkbox"/> 治療後 (喘息薬休止後) 5年未満 ※喘息薬使用中と休止後5年未満は単純検査となります。
ヨード造影剤による 過敏反応 (副作用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状 ) <input type="checkbox"/> 不明
β遮断剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有      お薬名 ( )
ビグアナイド系 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      ※妊娠中の場合は造影検査ができません。
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 感染症名 )