

## 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      kg

## ③造影剤使用に必要な情報

腎機能 eGFR値	(      ml/分/1.73m <sup>2</sup> )      【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：(      )
	<b>*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。</b>
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      )