

CT撮影検査（造影）依頼書

紹介元医療機関へのお願い

※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"/> 頚部 <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 ）	
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。					
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						