

# CT検査依頼書(診療情報提供書)

検査予約日時

月 日 午前・午後 時 分

医療法人まつおかクリニック

TEL 0745-33-1500 FAX 0745-33-1515

フリガナ

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日( 歳) 男 女

依頼元医療機関名

ご担当医師署名

TEL

FAX

移動 : 独歩 車いす

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

結果説明について

当院の医師による結果説明を希望。

どちらかをお選びください

結果の返送のみを希望。検査前に診察を行いますので、予約時間30分前にお越しください。

確定所見について

FAXを希望する。郵送もさせていただきます。

どちらかをお選びください

FAXを希望しない。郵送のみさせていただきます。

## 必ずご記入ください

## 検査部位

臨床診断

別紙参照

頭部  胸部  上腹部  下腹部 その他( )

単純

造影 以下の項目にお答えをお願い致します

造影検査歴 : あり なし

造影後の副作用歴 : あり なし

ぜん息 : あり なし

アレルギー体質 : あり なし

透析 : あり なし

血清クレアチニン : mg/dl 採血日

ビグアナイド系糖尿病薬 : あり なし

経過および検査目的

別紙参照

大腸CT検査 下剤などによる前処置が必要となります

頭部追加  胸部追加

ブチルスコポラミン臭化物(鎮痙剤)  使用可  使用不可

※当院では同日の造影CTは行っていません

手術経験

※腹部の検査、造影剤を使用する検査の場合は、検査時間4時間前より絶食してください。飲水は可。

※予約を取られましたら、この用紙と診療情報提供書をまつおかクリニックまでFAXお願いいたします。

※画像はCD(ビューアー付)にて患者様にお渡しいたします。

※放射線科医による確定所見は後日郵送にてお知らせいたします。