

# CT検査依頼書

<予約・お問い合わせ先>

社会医療法人 高清会 香芝旭ヶ丘病院

TEL:0745-77-8101 (代表番号)

FAX:0745-78-5090

TEL:0745-71-7571 (地域連携室 直通)

ID				予約日	令和 年 月 日 時 分				
	フリガナ	性別	才		医療機関				
氏名				主治医					
生年月日				年 月 日		TEL :			
連絡先						FAX :			
造影剤を使用しますか? <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する (造影剤使用に関する同意書の記入をお願いします)									
検査部位					要確認事項				
<input type="checkbox"/>	頭部 (頭部・副鼻腔・内耳道・顔面・その他)				・身長 cm ・体重 kg				
<input type="checkbox"/>	頸部 (頸部・甲状腺・咽頭・喉頭)				・妊娠中または可能性(あり・なし)				
<input type="checkbox"/>	胸部 (縦隔・肺野・)		<input type="checkbox"/>	心臓 (冠動脈)		・閉所恐怖症 (あり・なし)			
<input type="checkbox"/>	腹部 (全腹部・肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓)				造影剤を使用する場合のみ 記入をお願いします				
<input type="checkbox"/>	骨盤腔 (前立腺・膀胱・婦人科領域)				・eGFR (推定糸球体濾過量) ( )ml/min/1.73m <sup>2</sup>				
<input type="checkbox"/>	脊椎(頸椎・頸胸椎移行部・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾骨)				又は				
<input type="checkbox"/>	上肢 (右・左) (肩・上腕・肘・前腕・手首・手・手指)				・クレアチニン( )mg/dl ※未記入の場合は検査ができません				
<input type="checkbox"/>	下肢 (右・左) (股関節・大腿・膝・下腿・足首・足・足趾)				次回 受診日				
<input type="checkbox"/>	その他 ( )				月 日				
【症状】									
【検査目的】									