

# CT検査依頼書

※本紙を検査当日にご持参いただき、受付へご提出下さい。

年 月 日

医療法人 弘仁会 志村病院  
医事課 行  
TEL:029-221-2181  
FAX:029-226-2820

紹介元医療機関

所在地

TEL

FAX

医師氏名

先生

(フリガナ)		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	大・昭・平・令	年 月 日
検査日	年 月 日	AM	時	分
		PM		
臨床診断 及び 撮影目的				
<input type="checkbox"/> 検査、被ばくに関する説明及び承諾済み				
<input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 単純＋造影CT <input type="checkbox"/> デンタルCT(保険・自費)				
<b>造影時のチェック(必須)</b>				
<input type="checkbox"/> クレアチニン値 _____ mg/dl ※クレアチニン値、eGFR値はいずれか一方で可				
<input type="checkbox"/> eGFR値 _____ mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ※eGFR30 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> 未満は造影不可				
<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用中 ※ビグアナイド系薬は造影前48時間～造影後48時間 (薬品名: _____ 内服中止				
部位	頭頸部	脊椎	胸腹骨盤部	四肢、その他
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔	※記入して下さい
	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 上下腹部	<input type="checkbox"/> 上肢( )
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下肢( )
	<input type="checkbox"/> 耳	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 歯(上・下・両顎)		<input type="checkbox"/> Angio( )	
	<input type="checkbox"/> 甲状腺			
	<input type="checkbox"/> 頸軟部			
	<input type="checkbox"/> Angio( )			