

CT検査伝票紹介依頼書(兼診療情報提供書)

枠の中をご記入下さい。

依頼日 年 月 日

依頼患者				依頼内容
フリガナ		性別	生年月日	□検査のみ □診察 (科) (先生) へ連絡(済・未)
氏名		男・女	M・T・S・H・R 年 月 日 才	
住所	〒 電話() -			
紹介元住所	医療機関名	診療科	医師名 先生	TEL FAX
医療保険		保険者番号	本人・家族	
公費保険		記号番号	被保険者名	
老人医療		公費番号	老人番号	
		受給者番号	受給者番号	
		受給者番号	割負担	
患者情報	検査前チェック項目	撮影方法(□にチェックして下さい。)		
身長	薬物アレルギー(無・有) 喘息(無・有)	造影(必ずご記入願います。)		
体重	食物アレルギー(無・有())	□単純のみ □単純+造影		
	腎障害(無・有(Cre))	特殊画像処理		
	感染症(無・有・不明) 妊娠(無・有)	□3D画像表示 □MPR表示 □HRCT		
	{HBs・HCV・MRSA・ワ氏・その他}	冠動脈、血管(動脈)、(□Co □Sg)		
	ペースメーカー装着(無・有)	骨などの形態を表す場合		
臨床診断	検査依頼目的			
現病歴および関連検査結果、現在の処方等	造影される場合、ビッグアミド系糖尿病薬、降圧剤βブロッカー服用が問題となりますのでチェック下さい。 (□ビッグアミド、□βブロッカー) 冠動脈の形態の検討にはロプレソール1T、ニトロ貼付薬を投与致します。 (問題がある場合はご記入下さい。)			
検査部位	□頭部 □顔面			図示(具体的に記載して下さい)
	□頸部			
	□胸部 (□肺 □縦隔) □心臓(冠動脈)			
	□上腹部 (□肝 □胆 □膵 □脾 □腎)			
	□下腹部 (□膀胱 □子宮 □卵巣 □前立腺)			
	□椎体 (□頸 □胸 □腰)			
	□()関節			
	□血管()			
	□その他()			
画像コピー	□CD □不要			

造影の場合は、別紙の造影剤同意書の内容を確認の上、ご署名いただき患者様にお渡し下さい。

済生会二日市病院

病院代表 電話 092-923-1551 記入しないで下さい

地域医療連携室 FAX 092-923-7175 検査日 年 月 日 時 分