

CT 検査申込書 (紹介状)

申込日 年 月 日

<p>検査予約日時</p> <p>年 月 日 (曜日) 時 分</p> <p>ふりがな</p> <p>氏 名 男・女</p> <p>生年月日 年 月 日</p>	<p>貴医療機関名・所在地・TEL・FAX</p> <p>申込医</p>
---	--------------------------------------

C T	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 心臓冠動脈 血管 (<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 下肢) その他 ()	
<input type="checkbox"/> 不要 造影剤 <input type="checkbox"/> 要 (要の場合下記チェックをお願いします) 要の場合 → ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無 無 ・ 有	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 「有」の場合、検査日前日から 検査日含めた後3日間の休薬 指示を患者様をお願いします </div> (薬剤名:)
心臓冠動脈CT依頼時下記チェックをお願いします ・ 短時間作用型βブロッカー <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ・ ニトログリセリンスプレー <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
造影剤使用歴 無 ・ 有 (副作用 無 ・ 有)	
アレルギー 無 ・ 有	
喘息 無 ・ 有	
クレアチニン又はGFR値() 検査日 / /	
感染症 無 ・ 有	

病名および検査目的

検査結果報告書 要 不要

CD-R 要 不要

心臓血管研究所付属病院 診療連携室
 TEL 03-3408-2315 FAX 03-3408-2168