

CT検査依頼書《診療情報提供書》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

平成 年 月 日

下記の患者様を紹介します。

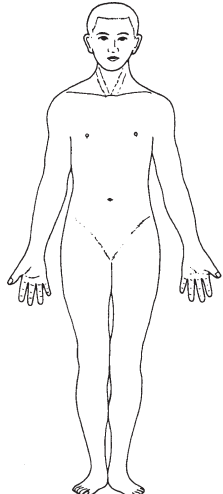
医療機関の所在地及び名称

科・医師名

電話番号

来院予定日時	平成 年 月 日	午前 午後	時	分
ふりがな		男・女 様	生年月日	明・大昭・平 年 月 日生
患者様お名前			電話番号	(自宅) () -
患者様ご住所	〒 -			(携帯)

※下記の事項について、依頼医師がご記入下さい。

臨床診断		所見	不要・要 (返却希望日 月 日)	
		結果画像記録法	フィルム・CD-R・ペーパーにカラー印刷	
臨床経過 検査目的				
撮像手技	ルーチン・特殊撮影 (血管系・3D撮影等)		具体的な範囲がありましたら 下記にご記入下さい。 	
撮影部位	頭部：脳・下垂体・内耳道・副鼻腔・血管・その他			
	頸部：甲状腺・血管・その他			
	胸部：心臓・肺・縦隔・食道・乳房・血管・その他			
	腹部：肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・血管・その他			
	骨盤腔：膀胱・子宮・卵巣・前立腺・血管・その他			
	関節：〔 〕 関節			
	四肢：〔 〕			
	血管：〔 〕 動脈・静脈			
その他：〔 〕				
造影撮影	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影		体重	kg
	血清クレアチニン： mg/dl ・ 不明 (造影の場合は、必ずご記入下さい)			
検査に必要な 確認事項	安 静： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	患者の状態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	感染症： <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 ()			
	妊娠の可能性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	手術歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	義歯以外の体内金属： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
その他検査に関わる留意点： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				