

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808
CT検査依頼書/診療情報提供書

予約日時	年 月 日 ()	午前 ・ 午後	時 分
フリガナ		ID	
氏名	男・女	生年月日	M・T S・H 年 月 日
患者様連絡先	携帯電話 ()	TEL ()	-
紹介医療機関名 (住所は記載不要)	電話番号	所見等FAX番号	
診療科・担当医		科	先生
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> その他 詳細：		
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影： <input type="checkbox"/> 通常造影 <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> ダイナミック		

造影検査必須事項	*血清Cr値（施行予定日から3ヶ月内のもの） mg/dl（採血日 / ） *ピクアナイト系糖尿病薬服用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下記注意事項をご確認ください）
	・Cr値により算出するeGFR値が30未満（腎機能高度低下）の場合、造影検査はできません。ご予約時等お電話でご確認いただけます。 ・ピクアナイト系糖尿病薬を服用中の場合、eGFRが30以上～60未満であれば検査日前後2日の服用中止と再開への対処が必要です。患者様へのご指示をお願い申し上げます。
	*下記項目に該当する場合は、造影検査はできません。ご確認ください → <input type="checkbox"/> 該当なし 造影剤による副作用歴、1年以内の喘息発作、ヨード過敏症、薬剤コントロール不良の甲状腺機能亢進症・低下症 マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫
診断名	
検査目的・現病歴・検査結果など	

受診者情報	所属	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中：	身長・体重	cm	kg
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	酸素	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	ℓ
	感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> 他：			
検査結果 配達希望日	月 日	時までに	<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望		

※依頼用紙をご記入後、施行日の前日15時までに上記FAX番号へご送信下さい

医療法人 仁泉会 MIクリニック 〒560-0004 大阪府豊中市少路1-12-13 電話 06-6840-0100