

# CT検査 申込書 兼 紹介状

(2019年4月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院

放射線科 担当医 殿

医療機関名

医師名

印

TEL

FAX

下記、患者さまの検査予約を依頼いたします

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男  | 生年月日   | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R |
| 患者さま氏名   | <input type="checkbox"/> 女  | 年 月 日  | ( 歳)  |
| 患者さま住所   |   |  |   |
| 電話番号 ( ) -   |   |  |   |
| 第一希望日  | 第二希望日   | 第三希望日  |   |
| <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM  | <input type="checkbox"/> AM<br><input type="checkbox"/> PM |   |
| 県立中央病院 診察券番号   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし                                | <input type="checkbox"/> 不明   |
| 紹介目的及び症状経過：<br>(出来るだけ詳しく)                                  |   |  |   |
| 疑い病名   |   |  |   |

検査部位 頭部 側頭骨 眼窩 上顎部(副鼻腔) 下顎部 頸部 胸部  
上腹部 全腹部 腎尿路 骨盤 胸腹部 大動脈 大静脈  
頸椎 胸椎 腰椎 仙骨・尾骨  
上肢( ) 下肢( )

※撮影方法等ご要望あればご記入ください

( )

検査方法 単純

確認事項

1. 下記のすべての項目に、必ずチェックをお願いします。

- ① 検査歴：あり なし      ②ヨード過敏：あり なし  
 ③喘息：あり なし      ④妊娠：あり なし  
 ⑤ヒグアニド系血糖降下剤の内服：あり なし  
 ⑥授乳：あり なし      ⑦eGFR値：( )

2. 上記の該当項目の内容により、検査の中止等を行う場合があります。

3. 検査内容についてのお問い合わせをする場合がありますので、検査当日には必ず連絡が取れるようにお願いします。

4. 3D画像作成等の画像処理は、原則致しませんのでご了承ください。

検査データ出力

報告書+CD 報告書のみ その他( )

島根県立中央病院 入退院支援・地域医療連携センター

TEL 0853-30-6500