紹介患者様用

【C T】受 託 検 査 申 込 書

来院時間（当院記入）

時　　分

検査希望日	第1希望	令和　　年　　月　　日（　　曜日）	AM　　PM	放射線科への電話連絡
	第2希望	令和　　年　　月　　日（　　曜日）	AM　　PM	済　・　未

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者様氏名		男 ・ 女	大･昭･平･令　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒　　ー TEL　　（　　）		

下記項目のご記入をお願いします。

【撮影部位】　〇で囲み、カッコ内に部位を記入願います。

頭部　（　　）　胸部　（　　）

腹部　（　　）　骨盤部（　　）

四肢　ひだり ・ みぎ（　　）　その他（　　）

【 読 影 】（　有　・　無　）　※画像はCD－Rで提供いたします。

【造 影 剤】（　有　・　無　）

※有の場合どちらか一方の記入をお願いします

血清クレアチニン:　　mg/dl（検査日:　　年　　月　　日）

eGFR:　　mL/min/1.73㎡（検査日:　　年　　月　　日）

※造影剤有の方

糖尿病（　有　・　無　）

有の方→薬の使用（ 有（ 内服 ・ インスリン ）・ 無 ）

ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方は、検査日前後2日間（計5日間）休薬が必要です

糖尿病薬の休薬（ 要 ・ 不要 ）　休薬要の場合説明　□ 済

造影剤 有の場合

□造影剤の使用についての説明および同意書

□造影検査問診票

をご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。

【必須項目】 あてはまるものに〇またはレ点をしてください。

・「CT検査の医療被ばくについて」説明　□ 済

・妊娠（ 有 ・ 無 ）

※閉経前の胸、腹、骨盤CT検査の際は、事前に妊娠反応尿検査の実施にご協力ください。

検査不要の際は右にチェックをお願い致します。　□依頼医の判断により妊娠反応尿検査不要

・埋込型除細動器または心臓同期療法装置の体内埋め込み（ 有 ・ 無 ）

・脊髄刺激装置や深部刺激装置の体内埋め込み（ 有 ・ 無 ）

・持続血糖測定器やインスリンポンプの使用　（ 有 ・ 無 ）

紹介元医療機関名	TEL　（　）　／　FAX　（　）
紹介医師名	

◆お願い◆

検査伝票をご記入いただいている場合、検査申込書とともに事前にFAXをお願いします。

奥州市総合水沢病院　〒023-0053　岩手県奥州市水沢大手町３－１
TEL　0197－25－3833（内線　257）
FAX　0197－25－4012（医療連携室直通）

（R6.12）