X線CT検査依頼書兼診療情報提供書

111

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名： | | 熊本市医師会熊本地域医療センター | | | | 依頼日： | | 年 月 日 |
|  | 放射線部　担当医　殿 | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |
| 紹介元医療機関の名称： | | | | |  | | | |
|  | | | | 所在地： |  | | | |
|  | | | | 電話番号： |  | | FAX： |  |
|  | | | | 依頼医師氏名： |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： | |  | | | | | | | | | | | | | 殿 | | | 性別： | | | | | | | | |  | | | | | |
| 患者住所： | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号： | | | |  |
| 生年月日： | |  | | | | 年 | | |  | | 月 | | |  | | | 日 | | （ | |  | | | ） | | 歳 | | | 職業： | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  |  | |  | | | | |  |  |  |  |
| 検査日 |  | | 年 | |  | | 月 | | |  | | | 日 | | | 患者番号： | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　ヨード系造影剤副作用歴** | | | | | | | |
| 無　・  有　・　 使用歴無（不明） | | | | | | | |
|  | （ | | 造影剤： | |  | | ） |
|  | 症状： | |  | |
| **※　腎機能** | | （ 採血日： | | |  | | ） |
| ｸﾚｱﾁﾆﾝ値： | | | | |  | |  |
| （ eGFR値: | | | | |  | | ） |
| **※　ビグアナイド系糖尿病薬の服用** | | | | | | | |
| 無　・  有 | | | | （薬剤名： | |  | ） |
| **※　現在治療中の気管支喘息** | | | | | | | |
| 無　・  有 | | | | （最終発作： | | ） | |

ＣＴ検査部位　※✓印を付けて下さい（複数選択可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 頭部 | 副鼻腔 |  |  |
| 頸部 | 胸部 | 腹部 | 骨盤 |
| 上肢 | 下肢 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 造影希望 | 有　・　 無　・　 一任 |

臨床診断及び紹介目的

〈　既往歴　症状経過　治療経過　現在の処方　検査結果　等　〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受付直通（月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00） | 電話 096-366-1323 | FAX 096-363-3416 |
| 熊本市医師会　熊本地域医療センター（代表） | 電話 096-363-3311 | FAX 096-362-0222 |

**〈 検査範囲 〉※ 頭部以外の場合図示して下さい**

|  |  |
| --- | --- |
| **下記のどれか一つお選び下さい** | ※ 女性の場合妊娠の可能性のない事を確認してください。  ※ 3D-CT等ご希望の際は、申込時にお伝えください。  ※ 心臓（冠動脈等）CTをご希望の場合は、循環器内科へご相談下さい。  ※ 胸部検査の場合は、胸部写真を持参させて下さい。  ※ 患者様がお薬手帳をお持ちでしたら、持参させて下さい。 |
| CD要  フィルム要  不要 |