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 |