X 線 CT 検査依頼書兼診療情報提供書

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：

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　〉

※　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:　　）

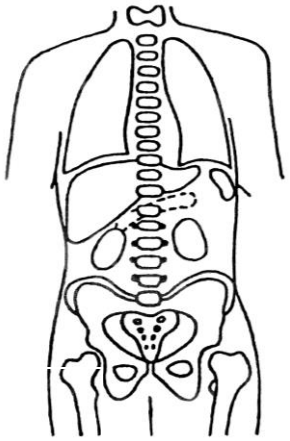
※　ビグアナイド系糖尿病薬の服用

☐ 無　・☐ 有　（薬剤名：　　）

※　現在治療中の気管支喘息

☐ 無　・☐ 有　（最終発作:　　）

〈 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

☐ CD 要
☐ フィルム要
☐ 不要

※ 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。

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