

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
放射線部 担当医 殿

依頼日： 年 月 日

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
------	---

※ 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： ）

臨床診断及び紹介目的

〈 既往歴 家族歴 症状経過 治療経過 現在の処方 検査結果 等 〉

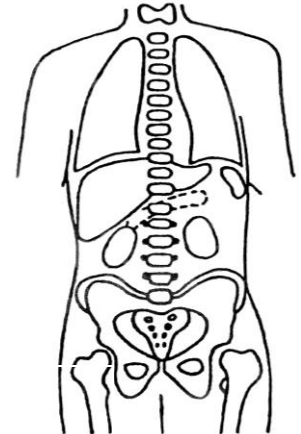
※ ビグアナイド系糖尿病薬の服用

☐ 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



〈 備考 〉

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