# 連携CT検査依頼書

みなみ野循環器病院
東京都八王子市兵衛1-25-1
TEL：042-637-8101　FAX：042-637-8108

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名

医師氏名

電話番号

FAX番号

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>患者氏名 | | 男<br>・<br>女 | 生年月日 | M・T・S・H<br>年　月　日生　歳 |
| 住　所 | | | 電話番号 | |

| | |
|---|---|
| 傷 病 名： | |
| 検査部位： | □単純　□造影　□単純+造影<br>□CTA<br>□その他（　　） |
| 検査目的： | |

【チェックリスト（造影時必須）】

【ヨード過敏症】 － ・ ＋ ｜ 【アレルギー】 － ・ ＋ ｜ 【喘息】 － ・ ＋ ｜ 【甲状腺疾患】 － ・ ＋

【腎疾患】 － ・ ＋ ｜ 【妊娠・授乳】 － ・ ＋ ｜ 【心疾患】 － ・ ＋ ｜ 【その他】（　　）

【肝疾患】 － ・ ＋ ｜ 【ビグアナイト系糖尿病薬】 － ・ ＋ （最終内服日：　　月　　日）

【クレアチニン】　　mg/dl（検査日：　　年　　月　　日　）

【読影の搬送方法】 郵送 ・ FAX ｜ 【読影レポート】 必要 ・ 不必要 ｜ 【画像CD-R】必要 ・ 不必要

# 連携CT検査注意事項

## 【 検査を受けられる方へのご注意】

◎ 検査当日は、保険証と依頼書を必ずご持参ください。

◎ 造形剤を用いた検査を受けられる場合は以下の点にご注意ください。

- **検査時間が午前中の方は朝食を、午後の方は昼食を摂らずに**お越しください。常用薬は内服していただいて結構です。（但し、糖尿病の方は主治医の先生にご相談ください。）
- お水やお茶の制限はありません。検査当日は十分量の水分を摂ってください。（但し、飲水量に制限のある方は主治医の先生にご相談ください。）
- 検査を始める前に医師もしくは看護師により、ご記入いただいた用紙をもとに問診を行います。造影剤およびその他の薬物によるアレルギーや気管支喘息をお持ちの方は、造影検査を施行できない場合もありますのでご了承ください。
- 造影剤を用いる検査には患者様の同意が必要です。来院後にお渡しする説明書をお読みいただいた後、同意書へのご署名をお願いいたします。

## 【 主治医の先生へのお願い】

◎月曜日～土曜日の9：00～18：00にてお願いいたします。

◎ お手数ですが、依頼書の必要事項noご記入をお願いいたします。

- 検査部位、造影の有無、臨床診断名、検査目的は必ずご記入ください。
- 造影検査をご依頼される場合は**過去3ヶ月以内の腎機能検査**（血清クレアチニン値）の結果をご記載ください。お急ぎの場合、当院でも検査可能です。
- これまで造影剤やその他の薬剤によるアレルギーの既往がある場合、必ずご記入ください。
- **ビグアナイド薬**をご処方頂いている患者様については事前にご連絡下さい。

**お問い合わせ先：042-637-8101㈹　受付時間の9：00～18：00にてお願いします。**




# みなみ野循環器病院