

放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

CT検査

住所:

TEL:

FAX:

予約日時

月 日 () :

依頼医師名:

印

患者ID					
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	
氏名			<input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 年 月 日 歳	
住所	〒			TEL	- -

お申し込み検査 単純 造影※ 単純+造影※ ※造影CTは、造影検査説明同意書 必須

◆頭頸部

- 40 頭部CT
- 41 頭部CTA (造影のみ)
- 42 眼窩CT
- 43 副鼻腔CT
- 44 聴器CT
- 45 その他頭頸部CT
- 46 頸部CTA (造影のみ)

◆四肢

- 59 骨格筋CT (単純のみ)
- 60 その他四肢CT

◆胸部・腹部・混合

- 47 胸部CT
- 48 上腹部CT
- 49 腎CT
- 50 骨盤CT
- 51 胸部+腹部CT
- 52 胸部+腹部+骨盤CT
- 53 腹部+骨盤CT

◆その他躯幹

- 61 その他躯幹CT

◆大動脈

- 54 大動脈CT
- 55 下肢CTA (造影のみ)

◆椎体

- 56 頸椎CT
- 57 胸椎CT
- 58 腰椎CT

◆特殊 ※冠動脈CT説明同意書 必須

- 62 冠動脈CT (造影のみ)

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 手術後に検査	<input type="checkbox"/> シーネ付きで検査	<input type="checkbox"/> シーネ外して検査	<input type="checkbox"/> シャツあり注意 (左・右)	<input type="checkbox"/> 脂肪測定追加
<input type="checkbox"/> HR-CT	<input type="checkbox"/> 穿孔条件CT	<input type="checkbox"/> 骨条件CT	<input type="checkbox"/> 乳癌Ope後注意	<input type="checkbox"/> ダイナミックCT
<input type="checkbox"/> 要!造影前処置	<input type="checkbox"/> 冠状断追加	<input type="checkbox"/> 特別指示 ()		
造影CT	同意書	<input type="checkbox"/> 造影検査説明・同意書作成済み		
	前処置	<input type="checkbox"/> 造影前処置なし <input type="checkbox"/> 造影前処置(造影(ソル・マトロール125mgVial×0.25) ※1.0Vialを生食4ml溶解し1ml静注) <input type="checkbox"/> 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> PSL内服:12h前30mg+2h前30mg (紹介元医療機関での処置薬提供が必要)		
冠動脈CT	同意書	<input type="checkbox"/> 冠動脈CT検査説明・同意書作成済み		
	前処置	<input type="checkbox"/> 造影前処置なし <input type="checkbox"/> 造影前処置(造影(ソル・マトロール125mgVial×0.25) ※1.0Vialを生食4ml溶解し1ml静注) <input type="checkbox"/> 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> PSL内服:12h前30mg+2h前30mg (紹介元医療機関での処置薬提供が必要)		
	β ブロッカー	<input type="checkbox"/> 高心拍(≥80)時コアベータ使用を許可 (β 遮断薬過敏症、妊婦:禁忌 喘息:慎重投与) <input type="checkbox"/> ベータ遮断薬使用禁		

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> フォローアップ	病名	
臨床診断・症状・経過			