

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		☐ 男	生年月日
氏名		☐ 女	大正
		昭和	
住所	〒	平成	年 月 日 歳
		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。

☐ 手術後に検査	☐ シーネ付きで検査	☐ シーネ外して検査	☐ シャントあり注意 (左 ・ 右)	☐ 脂肪測定追加
☐ HR-CT	☐ 穿孔条件CT	☐ 骨条件CT	☐ 乳癌Ope後注意	☐ ダイミックCT
☐ 要!造影前処置	☐ 冠状断追加	☐ 特別指示 (	)	

造影CT	同意書	☐ 造影検査説明・同意書作成済み
	前処置	☐ 造影前処置なし ☐ 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL) ☐ 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL) ☐ 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	☐ 冠動脈CT検査説明・同意書作成済み
	前処置	☐ 造影前処置なし ☐ 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL) ☐ 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL) ☐ 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	☐ 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) ☐ ベータ遮断薬使用禁

検査目的	☐ 精査 ☐ スクリーニング ☐ フォローアップ	病名	
臨床診断・症状・経過			