

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:

□ 希望日

第一希望: 月 日() AM・PM

第二希望: 月 日() AM・PM

第三希望: 月 日() AM・PM

TEL:

FAX:

□ いつでもよい

依頼医師名:

印

予約日: 月 日() 時 分

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

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)
- 63 インプラントCT

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 要!造影前処置	<input type="checkbox"/> 要!感染対策(菌種:)	<input type="checkbox"/> 乳癌Ope後注意	<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"/> シャットあり注意 (左・右)	<input type="checkbox"/> 穿孔条件CT
<input type="checkbox"/> ダイナミックCT	<input type="checkbox"/> HR-CT	<input type="checkbox"/> 脂肪測定追加	<input type="checkbox"/> 冠状断追加

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(ソルコーテフ100mg+生食20mL) <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(ソルコーテフ100mg+生食20mL) <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"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> スクリーニング	病名	
------	---	----	--

臨床診断・症状・経過	
------------	--