

CT 検査申込書（兼）診療情報提供書

【フリガナ】	【性別・年齢】
【患者氏名】	【 男 ・ 女 】
【紹介元医療機関名】	【西暦 年 月 日生（ 歳）】
	【主治医名】
【検査部位】 項目に☑をお願いします	
① 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 側頭骨	※1 撮影を希望される 部位すべて を☑を入れて下さい。 例1 撮影部位が 頸椎～腰椎 の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> 頸椎 <input checked="" type="checkbox"/> 胸椎 <input checked="" type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 全脊椎 ※2 撮影を 希望される側方 に☑を入れて下さい。 例2 撮影部位が 左上肢 、肘は不要で 肩部と手部のみ の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 両側 ※2 <input checked="" type="checkbox"/> 上肢 < <input checked="" type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 肘 <input checked="" type="checkbox"/> 手部 ※1 ※3 3D (VR) 作成が必要な場合 、☑をお願い致します。
② 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸部～胸部 <input type="checkbox"/> 頸部～上腹 <input type="checkbox"/> 頸部～骨盤	
③ 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤 <input type="checkbox"/> 胸部～下肢	
④ 腹部 <input type="checkbox"/> 上腹 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部～下肢 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 骨盤～下肢	
⑤ 椎体 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 ※1	
⑥ 四肢 <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 両側 ※2 <input type="checkbox"/> ※3 3D 作成 <input type="checkbox"/> 上肢 < <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手部 ※1 <input type="checkbox"/> 下肢 < <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足部 ※1	
⑦ その他 ()	
【撮影方法】	【確認項目】
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input checked="" type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック※4	感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 持続血糖測定器（リブレ） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 体重 _____ Kg 血液検査日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日※5 eGFR _____ ※6 クレアチニン値 _____ ※6
	※4 単純+動脈相+門脈相+平衡相の撮影。 ※5 3カ月以内 の検査日をご記入ください。 ※6 数値によっては単純のみの撮影になることをご了承ください。 eGFR30以下 で造影検査をご希望の場合、当院に事前にご相談下さい。
【主症状・検査目的】	
検査日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 AM _____ PM _____ 患者 ID 番号 _____ 【病院使用欄】	