

CT検査申込書 兼 問診票（紹介元医療機関医師記入用）

年 月 日

社会福祉法人 同愛記念病院

貴医療機関名

地域医療連携室

所在地

FAX 03-5819-1816（連携室直通）

電話番号

TEL 03-5608-3237（連携室直通）

FAX番号

医師氏名

（ご担当者名）

フリガナ 患者氏名	大・昭 平・令	年 月 日	才 男・女
フリガナ（ ）	電話（ ）		
現住所			
同愛記念病院受診歴	無 ・ 有	診察券番号	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）：		
造影剤使用の有無	無 ・ 有※		
希望日	第1希望	月 日	第2希望 月 日

※造影剤「有」の場合は下記の間診票の記入をお願いいたします。

－問診票－

- 妊娠 ----- （無 ・ 有るが同意済み）
- ピグアナイド系糖尿病薬（メデット、メルビン、メトグルコ等）の服用 ----- （無 ・ 有）
 〈注：有りの場合、検査当日と前後それぞれ2日間の計5日間の休薬が必要です〉
- 身長 _____ c m 体重 _____ k g
- ヨード造影剤による副作用歴 ----- （無 ・ 有※）
- ぜん息 ----- （無 ・ 有るが同意済み）
 〈注：現在症状がある場合・過去1年以内に発作を起こした既往がある場合は造影不可〉
- アレルギー体質 ----- （無 ・ 有るが同意済み）
- 透析 ----- （無 ・ 有るが検査施行）
- 重篤な腎障害、重篤な肝障害 ----- （無 ・ 有※）
- 小児（鎮静剤不必要な患者様のみ） ----- （同意済み）
- 重篤な甲状腺機能亢進症 ----- （無 ・ 有※）

※は造影不可です。

造影検査を行う場合、3ヶ月以内の血清クレアチニン値またはe-GFRの数値が記載されている検査データが必要になります。お手数ですが紹介状、同意書と共に地域医療連携室までFAXをお願いします。

■検査に関するの注意点とお願い

★患者様へのご説明をお願いします。

□C T（単純）

- ・検査部位に骨盤が含まれている方は、予約時間の2時間前から排尿しないでください。
- ・食事は軽めにしてください。
- ・水分（水・お茶）は十分におとりください。（水分制限ある方は除く）

□C T（造影）

- ・造影剤を腕から注射します。
- ・検査部位に骨盤が含まれている方は、予約時間の2時間前から排尿しないでください。
- ・食事制限はありませんが造影時にまれに嘔吐を伴う場合があるため軽い食事をおすすめします。
- ・水分（水・お茶）は十分におとりください。（水分制限ある方は除く）
- ・同意書に説明医師、患者様の署名を必ずお願いします。

*検査の都合上、予約時間よりお待ちいただくことがありますのでご了承ください。

**★紹介状・同意書（造影の場合）・3ヶ月以内の血清クレアチニン値または
e-GFRの数値が記載されている検査データ（造影の場合）を検査前日まで
に地域医療連携室あてにF A Xお願いします。（F A X 03-5819-1816）**

★紹介状、同意書（造影）の原本は同一の封筒に同封していただき、当日ご本人に必ず持参
いただくようお願いいたします。