

診療情報提供書(CT検査依頼書)

昭和医科大学横浜市北部病院

北部病院 ID:		感染症			
フリガナ		HBs 抗原 (+ - 未)			
患者氏名 :		HCV 抗体 (+ - 未)			
生年月日 :		血清梅毒反応 (RPR TPLA)			
(明・大・昭・平・令) 年 月 日		MRSA (+ - 未)			
性別 男・女	身長 cm	体重 kg	HIV 抗原・抗体 (+ - 未)		
性別 男・女		その他 ()			
依頼医療機関名 :		出力方法			
TEL (- -)		CD-ROM ・ フィルム			
依頼医師 :					
【医療機関記入欄】					
検査予定日:		年	月	日	午前・午後 時 分
臨床診断(病名)					
(病名は日本語で適切に記載願います)					
臨床経過／検査対象病名／検査目的					
ヨード造影剤副作用歴:(有, 無)		喘息:(有, 無) (小児喘息含む)		糖尿病薬:(+, -)	
薬剤アレルギー:(有, 無)		妊娠:(+, -)		(+)の場合薬剤名()	
<p>※副作用歴、喘息(小児喘息含む)のある患者さんは単純検査となります。 ※ビグアナイド系糖尿病薬を服用している患者さんは、検査日の2日前(検査当日は含まない)から検査日の2日後(検査当日は含まない)まで休薬してください。 ※妊娠の可能性のある患者さんは検査を行えない場合があります。 ※造影剤使用時は検査前に3時間程度の食止めを行う必要があります。</p>					
検査の部位を○で囲んで選択してください。					
脳	眼窩	胸部	胸部～上腹部	頸髄	ミギ上肢(部位:)
下垂体	副鼻腔	上腹部	胸部・上腹・骨盤	胸髄	ヒダリ上肢(部位:)
頸部	中耳半軸位	骨盤	上腹部～骨盤	腰髄	ミギ下肢(部位:)
冠動脈					ヒダリ下肢(部位:)
禁忌チェック	心臓ペースメーカー:(有, 無) 除細動器:(有, 無) ※心臓ペースメーカー、除細動器を挿入された患者さんは必ずペースメーカーや除細動手帳を持参いただき、当院のルールに従い検査を行わせていただきます。(除細動器挿入患者は除細動器部分の撮影はできないため、スキップします。)ただし手帳を忘れた場合は全例において該当部分はスキップします。				
造影 (下記を○で囲んで選択してください。)			血清クレアチニン mg/dl		
有り 無し			(採血日: 年 月 日)		
「有り」を選択した場合はCT又はMRIの「検査及び造影剤の説明と同意書」に準じて患者様の同意を得てください。 ※臨床診断、検査目的から放射線科医が造影検査を不必要と判断した場合は、単純検査とさせていただきます。			クレアチニンが未記入、または採血日から半年以上経過している場合、造影剤は使用せず単純検査となります。		