

◇ CT 撮影用 ◇

吹田徳洲会病院 CT撮影申込書 兼 診療情報提供書 (医療機関専用)

医療・介護連携室(直) FAX 06-6878-5222 TEL 06-6878-5221

※FAX予約受付時間《平日 月～金 8:30～19:00、土 8:30～12:30》

紹介元医療機関様

所在地 〒 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL _____ FAX _____

送信者 _____

[患者様データ]

氏名	フリガナ _____	生年月日	年	月	日	才	男・女
		住所	(〒 _____)				
		電話番号					

傷病名 検査目的	記入、又は診療情報提供書の添付をお願いします
-------------	------------------------

*CTの同一検査、複数部位の撮影は日程(用紙)を分けて予約をしてください。ご協力お願い致します。

撮影方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> CD-Rは撮影後患者様へ手渡しをお願いします ※原則、撮影翌日に所見と一緒に貴院へ郵送します
撮影部位 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 顔面 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> インプラント上顎 <input type="checkbox"/> インプラント下顎 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部 腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 胸部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	上肢 <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 <input type="checkbox"/> 左手指骨 <input type="checkbox"/> 右手指骨 下肢 <input type="checkbox"/> 右股関節 <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節 <input type="checkbox"/> 右足指骨 <input type="checkbox"/> 左足指骨
その他 <input type="checkbox"/> (_____)	被ばく線量の計算のため、下記のご記載をお願い致します 身長 (_____)cm ・ 体重 (_____)kg

□造影 (申し込み時には下記の項目へご記入をお願い致します。)

・過去に造影検査を受けたことがある 無 有 検査施行 可 不可
 ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認要

・気管支喘息(過去5年以内の既往も含む) 無 有※造影不可 医師署名(必須) _____

・ヨードアレルギー 無 有※造影不可 ・その他のアレルギー 無 有

・感染症 HCV抗体(+ ・ - ・ 未) HBs(+ ・ - ・ 未) TPHA(+ ・ - ・ 未) 本人または代理人署名 _____

・腎機能 eGFR(_____) Cr(_____) BUN(_____) : 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・胸部～骨盤 / 腹部の場合 : 食事制限 (有 ・ 無)

予約 希望日	① 月 日 (AM ・ PM)	② 月 日 (AM ・ PM)	④ 希望なし(依頼日から2W・3W・1ヶ月以内)
	③ 月 日 (AM ・ PM)		
	ご都合の悪い日: 月 日		