

◇ C T 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 \_\_\_\_\_

[患者様データ]

送信者 \_\_\_\_\_

氏名	<small>フリガナ</small> _____	生年月日	年 月 日	才	男 女	
	ADL ( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー )	住所	( 〒 _____ )			
受診歴	有 ( ID _____ ) ・ 無 ・ 不明	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いたします。
-------------	---------------------------

\*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。ご協力をお願いいたします。

<b>撮影方法</b> <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> <b>CD-Rは撮影後患者様へ手渡しをお願いします</b> <small>※原則、撮影翌日に所見と一緒に貴院へ郵送いたします。</small>
<b>撮影部位</b> 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	<b>上肢</b> <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 <b>下肢</b> <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"/> ( _____ )	<b>被ばく線量の計算のため、下記のご記載をお願いいたします。</b> 身長 ( _____ ) cm ・ 体重 ( _____ ) kg

<input type="checkbox"/> <b>造影 (申し込み時には下記の項目へご記入をお願いいたします。)</b>	
・過去に造影検査を受けたことがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認要</small>	検査施行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
・気管支喘息 (過去5年以内の既往も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※造影不可	医師署名 (必須) _____
・ヨードアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※造影不可 ・その他のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	本人または代理人署名 _____
・感染症 HCV抗体 (+・-・未)    HBs (+・-・未)    TPHA (+・-・未)	_____
・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 )	_____

<b>予約 希望日</b>	① _____ 月 _____ 日 ( AM ・ PM )	② _____ 月 _____ 日 ( AM ・ PM )	③ _____ 月 _____ 日 ( AM ・ PM )	④ 希望なし (依頼日から 2W ・ 3W)
-------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------