

診療情報提供書(CT検査依頼書)

医療法人溪和会 江別病院
送付先FAX番号 011-382-2050

申込日(FAX送信日):

溪和会 江別病院 医療連携室 行 TEL 011-382-1111

受診希望日 希望無し

第一希望日時
第二希望日時

別途希望があれば
ご記入ください。

紹介元
医療機関名
郵便番号
所在地
医師名
電話番号
FAX番号

患者状況 外来で待っている すでに帰宅 入院中(退院予定:)

フリガナ		性別	生年月日	年齢	歳
患者氏名			電話番号		

住所 〒

病名(主訴)

病状・治療経過、検査目的(読影医に提出いたします。)

検査種類 単純CT 単純+造影CT 造影CT

検査部位(複数チェック可能です)

- 1 頭部 脳 その他
- 2 頸部 甲状腺 その他
- 3 胸部 肺・縦隔 その他
- 4 腹部 上腹部 骨盤部 その他
- 5 椎体 頸椎 胸椎 腰椎 その他
- 6 四肢 上肢 部位: その他
 下肢 部位:
- 7 血管 頭部 冠動脈 下肢動脈 下肢静脈 大血管
 その他

CD-ROM 検査当日持ち帰り
 後日レポートに添付

読影レポート 必要(後日、郵送またはお届けいたします)
 不要

来院方法 歩行可 車いす ストレッチャー

その他特記事項(撮影条件など)

造影剤チェック項目(造影依頼時のみご記入ください)

※実施に際しては下記の3項目すべての確認が必要です。下記に1項目でもチェックがない場合、造影CT検査の依頼はお受けすることができません。必要に応じ通常外来へご紹介ください。

直近3ヶ月以内のeGFRが30ml/min以上である Cr mg/dl eGFR ml/mi 採血日

気管支喘息罹患中ではない(投薬治療中または3年以内に喘息発作がある方は造影検査はできません)

過去にヨード造影剤を使用し、以下のいずれの副作用も出現したことがない

全身蕁麻疹、気管支痙攣、咽頭浮腫、顔面浮腫、低血圧性ショック、アナフィラキシー様症候群、意識障害、呼吸停止、心停止

前投薬使用の可否(冠動脈CT依頼時のみご記入ください)

コアベータ注射薬: 可 不可 ミオコールスプレー: 可 不可

●造影CT検査の際、ビッグアノイド系糖尿病治療薬は検査前後2日間(検査日を含めて5日間)の休薬を通常お願いしております。eGFR 60以上の場合に限り、内服継続が望ましければ依頼医判断で継続も可能です。

●造影CT前に必ず絶食とする必要はありませんが、検査前1時間の食事は極力控えるようにご説明ください。腸管や胆嚢の精査が主目的の場合は、検査3時間前から絶食としてください。飲水は可能です。