

CT 診療情報提供書

患者様情報	
貴院カルテ番号	
ふりがな 氏 名 _____	
生 年 月 日 年 月 日	
男 ・ 女	
携帯電話番号 _____	

上尾ハートクリニック宛	
紹介元医療機関	
住所	
診療科	
担当医師名	
連絡先番号 000-000-0000 FAX :	

検査注意事項	
◎下記のような金属が体内にある場合、検査部位により一部撮像できない場合があります	
◎植え込み型除細動器 (ICD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◎妊娠中・可能性あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査不可)

予約日時：20	年	月	日	午前・午後	時	分
---------	---	---	---	-------	---	---

頭頸部	胸部	腹部・骨盤	脊椎・四肢	冠動脈
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼科・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 顎部 <input type="checkbox"/> 他頭頸部※	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔 <input type="checkbox"/> 他胸部※ <input type="checkbox"/> 胸腹骨盤部	<input type="checkbox"/> 腹骨盤部 <input type="checkbox"/> 他腹部※	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 骨・関節※ (左・右)	<input type="checkbox"/> 冠動脈
<input type="checkbox"/> その他※ (上記以外)				
※印の項目を選択された場合目的部位をご記入ください。				
造影の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 一任※当院医師が造影の必要性を判断します。	
				造影

造影あり、または一任の場合 ※造影禁忌に該当する場合、当院医師の判断により中止する場合があります。ご了承下さい。

★クレアチニン	mg/dl	検査日 20	年	月	日 ※直近3ヶ月推奨
---------	-------	--------	---	---	------------

eGFR45 以上	<input type="checkbox"/> eGFR45 未満	(造影不可)	<input type="checkbox"/> 透析中 (造影可)
●気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(造影不可)	●腎障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
●造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(造影不可)	●感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (名称:)
●甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(造影不可)	●ピグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
●薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※ありの場合、検査後 48 時間の休薬が必要です。		

※腹部の検査、造影検査は検査前の食事をしないようお願いします。 ※水はお飲み頂いて構いません。

臨床診断 (疑い病変含む) と目的 既往歴及び家族歴・症状の経過及び家族歴・検査結果

画像：LOOKREC (web) CD-ROM