

--	--	--	--	--	--

## CT検査依頼書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

15歳以下の方の検査、  
造影剤を使用する検査は  
お受けしていません。

検査予約日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 【ご注意】

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

1 女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

2 検査部位に ICD、CRT-D やメドトロニック社製 InSync8040、製造元不明ペースメーカーの装着

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

3 脳・神経等の電気刺激装置 (SCS、DBS、VNS 等) の装着

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

4 持続血糖測定器、インスリンポンプの装着

なし あり → “あり”の場合は、検査前に必ず取り外しをお願いします。

### 〔検査依頼医療機関〕

名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 科

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

病名 (疑いを含む) \_\_\_\_\_

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕

### 〔検査部位 (1か所) をご指定ください〕

単純CT	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 顔面・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部 (骨盤含まず)
	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部 (骨盤含まず)	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢		