

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

# 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 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 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。

## [検査依頼医療機関]

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 診 療 科 \_\_\_\_\_ 科

電 話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

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