

CT

検査予約申し込み書・診療情報提供書

記載年月日 年 月 日

JR札幌病院
地域医療連携センター 行
〒060-0033

貴医療機関名 担当者名()

札幌市中央区北3条東1丁目
直通番号 011-208-7169
直通FAX 011-208-7170

医師氏名 (印)
電話番号 — —
FAX番号 — —

| | | | |
|-------|--------------------|------------|-----------|
| フリガナ | | 電話 | — — |
| 患者様氏名 | ○ 男 ○ 女 | 住所 | |
| 生年月日 | 大・昭 平・令 年 月 日 歳 | JR札幌病院の受診歴 | ○ あり ○ なし |

検査希望日： 月 日 (AM・PM) 月 日 (AM・PM)

希望される検査にチェックし、単純/造影を選択して下さい。造影の場合は必ずeGFR値をご記入下さい。

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| ○ 単純 | <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 胸部 (肺野+縦隔) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 上顎・下顎 | <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓～骨盤) | <input type="checkbox"/> |
| ○ 単純+造影 | <input type="checkbox"/> 上顎・下顎 (デンタ) | <input type="checkbox"/> 胸腹部 (胸部～骨盤) | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 頭蓋底～鎖骨上窩 | <input type="checkbox"/> 肝臓ダイナミック | <input type="checkbox"/> |
| eGFR (mL/min/1.73m ²) | <input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈) | <input type="checkbox"/> 膵臓ダイナミック | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 大動脈 | <input type="checkbox"/> 腎臓ダイナミック | <input type="checkbox"/> |
| | 身長 (cm) | 体重 (kg) | Cr値 (mg/dL) |

| | |
|-------|------------|
| 臨床診断名 | 既往歴 家族歴 |
|-------|------------|

| | |
|-----------------------------------|--|
| 検査目的 症状経過 検査所見 治療経過 等 | |
|-----------------------------------|--|

| | | | | |
|----|----------|--------------------|----------|-----------|
| 読影 | ○ 要 ○ 不要 | ※読影レポートは 後日郵送です | 画像当日持ち帰り | ○ あり ○ なし |
|----|----------|--------------------|----------|-----------|

検査を受けられる患者様に対し検査の内容を説明し、同意を得られた。

| | |
|--|--|
| 【確認事項】 ①妊娠 ○妊娠中 ○授乳中 ○なし ②以下の体内金属 ○あり ○なし 心臓ペースメーカー/除細動器 ③上記以外の体内金属 ○あり ○なし () ④近日のバリウム検査 ○あり ○なし ⑤感染症の有無 ○あり ○なし ○不明 | 【造影のリスクファクター】 ・造影剤使用歴 ○あり ○なし ・造影剤副作用歴 ○あり ○なし ・アレルギー体質 ○あり ○なし ・以下の病気の既往 ○あり ○なし 気管支喘息/マクログロブリン血症 骨髄腫/テタニー/褐色細胞腫 ・腎機能障害 ○あり ○なし ※eGFRが30未満の場合は、造影検査できません。 ・ビッグナイト系糖尿病薬の服用 ○あり ○なし メトグルコ/グリコラン/メデット ジベトス/メトホルミン塩酸塩など |
|--|--|

この用紙をファックスしてください。(原本は患者様が検査当日ご持参ください。)