

# 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	年 月 日 歳	JR札幌病院の受診歴	○ あり ○ なし

検査希望日： 月 日 月 日

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 <sup>2</sup> )	<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。

<b>【確認事項】</b> 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	<b>【造影のリスクファクター】</b> ・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。 ・ビグアナイド系糖尿病薬の服用 ○ 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。)