

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
 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

貴医療機関名 担当者名()

医師氏名 (印)

電話番号 - - -

FAX番号 - - -

フリガナ		電話	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
患者様氏名		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	住所			
生年月日	#VALUE!	年	月	日	歳	JR札幌病院の受診歴 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

検査希望日: 月 日 (指定なし) 月 日 (指定なし)

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。

<input type="radio"/> 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"/>
<input type="radio"/> 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	
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	<input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	※読影レポートは後日郵送です	画像当日持ち帰り	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 妊娠中 <input type="radio"/> 授乳中 <input type="radio"/> なし ②以下の体内金属 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし 心臓ペースメーカ/除細動器 ③上記以外の体内金属 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし (<input type="text"/>) ④近日のバリウム検査 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ⑤感染症の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	【造影のリスクファクター】 ・造影剤使用歴 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ・造影剤副作用歴 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ・アレルギー体質 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ・以下の病気の既往 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 ※喘息で治療中の方は、当院で造影検査できません。 ・腎機能障害 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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下さい。(原本は患者様が検査当日ご持参ください。)