

# CT検査

紹介状（診療情報提供書）		20    年    月    日
紹介元医療機関名称		
住所	TEL	
	FAX	
医師名		
フリガナ	電話番号	性別                      生年月日
患者氏名		男 ・ 女                      年    月    日
診療情報		
..... ..... ..... ..... .....		
※ <input type="checkbox"/> 別紙あり		

頭部・頸部	体部・四肢			
脳                      頭蓋 眼窩                      副鼻腔 頸部 その他(                      )	胸部	上腹部	上下腹部	胸部～下腹部
	骨盤	股関節	脊椎(                      )	頸椎    胸椎    腰椎    仙尾骨
	上肢(                      )	下肢(                      )	<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり その他(                      )	

<b>単純</b>	<b>造影</b>	※ <input type="checkbox"/> 3D作成
※造影の場合		
・ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
・過去にCTで造影剤を使用する検査をうけた事がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
※ありの場合は、造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
・eGFR又は、クレアチニン値(3ヵ月以内のもの)		★腎機能が著しく低下している場合は、造影不可★

予約検査日                      月                      日                      検査時間                      時                      分

**検査日当日、患者様に紹介状としてお渡し下さい**  
 ※個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています

社会医療法人彩樹 豊中敬仁会病院 TEL:06-6849-2527    (地域医療連携室)  
 FAX:06-6858-1443