

CT検査依頼箋2019 (CT専用情報提供書)

(紹介医様 → 上伊那生協病院)

上伊那生協病院

TEL 0265-79-8813

FAX 0265-79-4981

【即日CT受付時間】 平日17時・土曜12時まで (10分前迄に来院してください)

紹介元	医療機関名	()
	紹介医師名	()
	TEL	() - ()

フリガナ		性別
患者氏名	様	男・女
生年月日	年 月 日 歳	
住所		
電話番号		

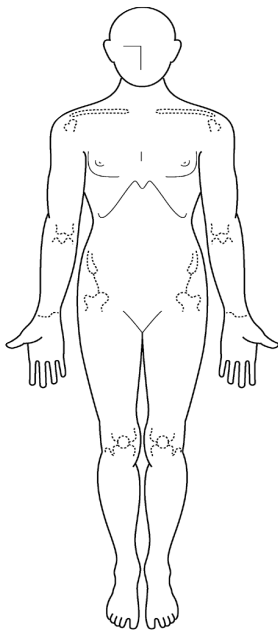
*必ず連絡の取れる番号をご記入下さい。

【検査依頼内容】

必要な部位に印を付けてください

【早目の検査希望】 あり ・ なし

ありの場合はFAX頂いた当日のうちに患者さまへ電話連絡します
※至急(即日)撮影の場合には当院へお電話をください※



① 検査項目 (下記をまるで囲む)	② 検査部位 (下記をまるで囲む)
単純のみ	頭部 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢
単純+造影	椎体(頸椎・胸椎・腰椎)
造影のみ	胸部(肺野・縦隔)
Dynamic	腹部(上・下)
	その他

→	
80	
【病名および読影依頼文】80字迄 ~原文をそのまま読影先へ送ります~	

読影依頼なし
通常読影 (撮影翌日の17時頃までにFAX)
緊急読影 (撮影2時間後にFAX)

【既往歴・処方・腎機能検査値などCT検査に必要な情報提供】

●造影CT依頼は以下の検査結果を必ずご記入ください(半年以内のデーター)

造影時 Cr=() eGFR=() 検査日(年 月) ●Cr 1.5以上 eGFR 60未満は原則造影いたしません

ビクアナイト系DM治療薬の内服 なし あり (造影検査前後の合計5日間の休薬が必要です)

確認 腹部CT依頼はバリウム検査後から10日以上経過している (ご確認後口に✓を入れて下さい)