ＣＴ検査依頼箋（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）

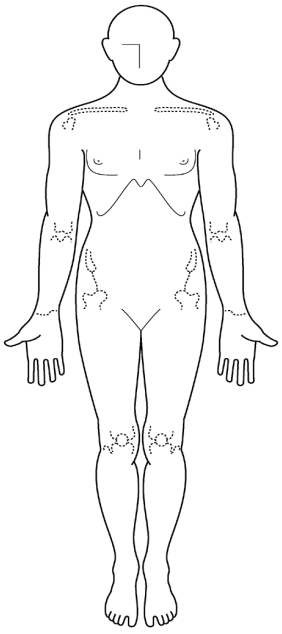
紹介元	
	医療機関名 （　　）
	紹介医師名 （　　）
	TEL　（　　）　－

フリガナ	
患者氏名	様　　性別　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（頚椎・胸椎・腰椎）
造影のみ	胸部（肺野・縦隔）
Dynamic	腹部（上・下）
	その他

【病名および読影依頼文】80字迄

1														
										80	～この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☐に✔を入れて下さい）

2023/01/10