

CT検査申込書 兼 診療情報提供書(他院医師記入用)

(1) ふりがな
患者氏名 性別：男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

(2) 希望日 第1希望 月 日() 第2希望 月 日()

(3) 検査部位 にチェック(×)をして下さい。
 頭部 頸部 副鼻腔 胸部 腹部 骨盤腔
 その他(具体的に)：

(4) 臨床診断と検査目的

診断名(必須)：

検査目的：

(5) 造影剤使用の有無：有・無
(「有」の場合は下記のチェックリストと同意書の記入を必ずお願いします。)

<ヨード造影剤使用のためのチェックリスト>

以下の項目に一つでも「はい」がある場合は、造影剤は使用いたしません。

- ① ヨード造影剤で副作用を起こしたことがありますか？ (はい・いいえ・不明)
② 気管支喘息と診断されたことがありますか？ (はい・いいえ)
③ 血清クレアチニン値 $\geq 1.5\text{mg/dl}$ ですか？ (はい・いいえ・透析中)

※ 数値と実施日(概ね半年以内)をご記入下さい。

血清クレアチニン値 mg/dl 実施日： 年 月 日

- ④ 重症甲状腺機能亢進症がありますか？ (はい・いいえ)
⑤ IL-2(インターロイキン2)を使用していますか？ (はい・いいえ)
⑥ ビグアナイド系の糖尿病薬を使用していますか？ (はい・いいえ)※

※(ただし、2日前より服用を中止することが可能であれば造影いたします。)

◆ β -blockerを使用していますか？ 使用している

※造影可能ですが、ショック時の治療法が異なるので、使用されている場合にはにチェックをして下さい。

(6) 結果画像の種類(どちらかを選択)：CD-ROM ・ フィルム

(7) 記入者名：医療機関名 医師名

本紙とともに、同意書(造影剤を使用する予定の場合)を、三井記念病院地域連携室へご送信ください。

FAX：03(3864)7901(地域連携室直通)

三井記念病院 03(3862)9111 地域連携室(内線 8071) 放射線科(内線 2600) 改訂 2017.7