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　大正・昭和・平成・令和　　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　□ 頚部　□ 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)　放射線の影響について　　□にチェック（×）をしてください。

CT とは X 線を用いて体の断面をみる検査です。その放射線の量は胸部 X 線検査などと比べると多くなりますが、発がんや遺伝的な影響へのリスクは非常に小さいと考えられています。

□　放射線の影響について説明を行い、同意を得ました

(6)　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≧1．5mg/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。

※　結果画像の出力方法は CD-ROM のみとなります。

(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　2023.4