# 三菱京都病院予約センター 行

ＦＡＸ：０７５-３８１-２１７３

ＣＴ検査予約申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 紹介元医療機関名　住所 | |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 住所　〒　　　　－ | | | | ご担当医 | ㊞ |
| TEL |  |
| TEL | － | | | FAX |  |
| 病名 |  | | | 既往歴 |  |
| 経過等 |  | | | | |

検査希望日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 希望なし | 第１希望 | 月　　　　日　（　　） | 第２希望 | 月　　　　日（　　） |

検査結果報告 ＊必要なものすべてにチェックをお願いいたします

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 媒 体 ► | | □ | CD-R（またはDVD） | | □ | フイルム ＊心CTは不可 | | □ | カラープリント ＊心CTのみ可能 |
| 報告方法 ► | | □ | 後日郵送 | □ | 患者手渡し | | 検査後1-2時間程度お待ちいただきます。  （心CTと16時以降の予約の場合は不可） | | |
| □ | 所見FAX ※ 原則、所見は翌日17時（土日祝日除く）までに完成します。 | | | | | | | | |

検査部位・指示等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 撮影方法 ► | | □ 単純のみ □ 造影のみ □ 単純/造影両方 | |
| 検査部位 ► | | □ 頭部 □ 頸部 □ 胸部 腹部 ► □ 上腹部 □ 下腹部 □ 全腹部 | |
|  | | □ 骨盤 □ 心臓 □ その他（ ） | |
| 造影時確認項目（必須）► 禁忌事項がある場合は、造影検査が出来ない場合がありますことご了承ください | | | |
| ・ | 喘息（過去5年以内の既往も含む） | | ► □なし　□あり（造影不可） |
| ・ | 甲状腺機能亢進症 | | ► □なし　□あり ※ありの場合でも加療中であれば検査可能です |
| ・ | 造影アレルギー | | ► □なし □あり アナフィラキシー歴（ ） |
| ・ | ビグアナイド系糖尿病薬の服用 | | ► □なし □あり 薬剤名（ ） |
|  |  |  | ※服薬中の場合、造影前後とも48時間は休薬が必要となります |
| ・ | クレアチニン値（小児は除く）： mg/dL または eGFR値： mL/min | | |

20190701