

CT 検査依頼書

保険証は必ずご持参下さい。

(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

フリガナ	神戸掖済会病院受診歴	
氏名	様 男・女	有(ID.) 無
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	日生(歳)
住所	〒 自宅 () - 携帯電話 () -	
検査希望日	第一希望 月 日	第二希望 月 日
希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日()		

病名ないし疑い診断:

検査目的

検査部位 頭部 内耳、中耳 眼窩 副鼻腔 インプラント用データ(上顎、下顎)
上腹部 下腹部 上～下腹部 血管造影(頭部 大動脈 下肢血管 その他)
頸部 胸部 心臓(冠動脈)(注)心臓冠動脈の撮影では10秒間の息止めをしていただきます。
内臓脂肪測定(腹部検査のオプションとして行います。単体でのお申し込みは出来ませんのでご了承下さい。)
脊椎()
四肢() その他(具体的に:)

造影の要否 単純のみ 単純+造影 (造影検査の場合、腎機能障害のない事を確認して下さい。)

BUN mg/dl クレアチニン mg/dl

☆☆造影をオーダーされた場合は下記の質問にお答え下さい☆☆

造影検査歴:無し 有り CT造影 血管造影 胆嚢造影 腎尿路造影 その他()
わからない

有りとお答えられた方にお聞きします。検査を受けて副作用が出た事がありますか?

無し 有り かゆみ 蕁麻疹 吐き気 気分不良 その他()

喘息はありますか?

無し 以前有った 現在治療中(造影検査は受けられません。)

これまでに飲み薬や注射で副作用が出た事がありますか 無し 有り()

甲状腺機能障害はありますか? 無し 有り

現在授乳中ですか? 無し 有り(造影検査後は1日授乳できません。)

感染症の有無 HBs抗原(+、-、未検査) HCV(+、-、未検査)

(出来れば記入) WA-R(+、-、未検査) その他感染症()

申し込み先 神戸掖済会病院 地域連携室 FAX 078-781-7300 TEL 078-781-1411