

CT検査依頼書

保険証は必ずご持参下さい。

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	年 月 日	日生 (歳)
住所			
〒 _____		_____	
☎ 自宅 (_____)		連絡先 (_____)	
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

* 心臓(冠動脈)の場合は以下の項目から検査目的をお選び下さい。
 冠動脈の構造的・解剖学的異常
 急性冠症候群
 狭心症
 冠動脈リスクファクタ有&狭心症疑い
 その他、医学的必要性有り

体内ペースメーカーをされていますか。 無し 有り

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。単体でのお申込はできませんのでご了承ください。)
 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 (_____)

ビグアナイド類糖尿病治療薬を服用しておられますか。
 無し 現在服用中(造影検査には休薬の必要があります。詳しくは放射線科までお問い合わせください。9:00～17:00)

甲状腺機能障害はありますか。 無し 有り

女性の方にお聞きます。今、妊娠中あるいはその可能性がありますか。 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 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300