

診療情報提供書（C T 検査依頼書）

入江病院 担当医 _____ 医師 宛
 依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 紹介元 医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____ FAX 番号 _____
 診療科・医師名 _____

患者様情報

フリガナ		性別	明・大・昭・平	
患者氏名		男・女	年 _____ 月 _____ 日生	(_____ 才)
住所		電話	自宅 (_____) - _____	携帯 (_____) - _____
検査日時	年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)、 _____ 時 _____ 分			
主訴又は 現病名 検査目的				
検査部位				
	☐ 単純 ☐ 造影（造影の場合は腎機能障害のないことを確認し、できれば下記記入ください。） BUN ; _____ mg/dl、 クレアチン ; _____ mg/dl ☆造影依頼時は下記もご確認ください。 ＊造影検査歴 ; ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（CT・血管・腎尿路・他（ _____ ）） 「あり」のとき検査時に副作用が出たことがありますか。 → ☐ なし ☐ あり（かゆみ・蕁麻疹・吐き気・気分不良・その他） ＊薬による副作用 ; ☐ なし ☐ あり（ _____ ） ＊喘息の有無 ; ☐ なし ☐ 以前あった ☐ 現在治療中（造影検査不可） ＊授乳について ; ☐ なし ☐ あり（造影検査後は1日授乳できません） ＊甲状腺機能障害 ; ☐ なし ☐ あり			
感染症	できれば記入 ☐ HB s 抗原 ☐ HCV ☐ 梅毒 ☐ MRSA ☐ その他（ _____ ）			
備考 （既往歴その他の 注意事項）				
画像形式	CD-Rのみ	読影報告書	☐ 希望	
当院記入欄				

主治医様へ

検査の予約は当院放射線科へ直接お電話ください。予約後にこの診療情報書をFAX又は郵送にて当院へ送付してください。

（放射線科直通電話番号：079-230-3004（FAX 兼用））

医療法人 松藤会 入江病院