CT検査 依頼票

患者氏名：		施設名　：
生年月日：　　年　月　日　男・女		依頼医　：
※	高知医療センターでのID：	電話番号：
		FAX番号　：

※高知医療センターでの患者IDは、二回目以降記載して下さい。

	検査希望日：	年　月　日（理由 □依頼当日　□3日以内　□1週間以内　□２週間以内
★	腎機能障害：	□なし　□あり　□不明
★	甲状腺 機能亢進症：	□なし　□治療中　□既往あり　□不明
★	造影剤アレルギー：	□なし　□軽度　□中等度以上
★	喘　息：	□なし　□あり　□不明
★	造　影：	□なし　□あり（初回の場合は問診票も記載して下さい）
★		身長：　cm　体重：　Kg ※造影検査をご希望の場合、eGFR値をご記入下さい。 eGFR：　測定日：　月　日

★は必ず記入して下さい。

検査部位：　□頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤部　□四肢 □その他（　　） 複数部位も選択できます。他にご要望があれば記載して下さい。
臨床診断：
主訴・臨床経過・検査目的・コメント：
検査結果報告方法：　□結果・DVDともに郵送 □結果のみ先にFAX希望（原本はDVDとともに後日郵送となります）
診療予約：　□なし　□あり　（希望診療科：　科　医師
備　考：

依頼される先生方へのお願い

（１）造影の有無、臨床診断、検査部位および結果報告方法の欄は必ず記載して下さい。
（２）造影剤の量を決定するために必要ですので、身長・体重を必ず記載して下さい。
（３）システム上、予約を完了させるためには臨床診断を入力する必要がありますので、「疑い病名」でも結構ですから記載してください。
（４）造影剤使用に際しては、午前中の場合には朝食を、午後の場合には昼食を禁止して下さい。水分は摂取しても結構です。
（５）検査前３日間はバリウム検査を行わないで下さい。
（６）検査依頼票を高知医療センター地域医療連携室にFAXして下さい。
（７）検査を中止・変更する場合には地域医療連携室まで連絡して下さい。
（８）結果画像出力は原則ＤＶＤ出力で行います。

連絡先：高知医療センター地域医療連携室
電話：088-837-6700
FAX　：088-837-6701