

高知赤十字病院

CT検査 依頼票

フ リ ガ ナ 患 者 氏 名		様
(T ・ S ・ H ・ R)		
生 年 月 日	年 月 日	(男 ・ 女)
身 長	cm	・ 体 重 kg
*高知赤十字病院でのID: (当院受診歴のある方)		
※受診予定日にお返事が間に合わない場合はご連絡させていただきます。		
貴院次回 受診予定日	未 定	年 月 日

依 頼 施 設 名 :

電 話 番 号 :

F A X 番 号 :

依 頼 医 師 :

FAX送信者名 :

※ 「紹介患者予約申込書(FAX用)」、「診療情報提供書」も一緒にFAXお願いします。

検 査 部 位	<input type="checkbox"/> 頭部			
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部～胸部	<input type="checkbox"/> 頸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 頸部～骨盤部
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

【患者情報等】

造 影	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり Creatinine	mg/dl	検査日:	月 日【1ヵ月以内】
腎機能障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
甲状腺機能亢進	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 既往あり		
ヨード過敏症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (造影出来ません)			
喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (原則造影禁忌です)			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
妊娠中または可能性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
糖尿病薬の使用 (ビクアナイド系)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			

備 考	
-----	--