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）	依頼施設名： 電　話　番　号： F A X 番 号： 依　頼　医　師： FAX送信者名　：
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　・　令和　　年　　月　　日

※検査日時はお電話にて調整させていただきます。
「紹介患者予約申込書（FAX用）」、「診療情報提供書」もご一緒にFAXお願いします。

検　査　部　位	☐ 頭部			
	☐ 頸部	☐ 頸部～胸部	☐ 頸部～上腹部	☐ 頸部～骨盤部
	☐ 胸部	☐ 胸部～上腹部	☐ 胸部～骨盤部	
	☐ 上腹部	☐ 上腹部～骨盤部	☐ 骨盤部	
	☐ 上肢	☐ 下肢		
	☐ その他（　　）			

【患者情報等】

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

備　　考

日本赤十字社
Japanese Red Cross Society