

CT検査 紹介状(診療情報提供書)

患者番号

年 月 日

氏名

生年月日

性別

年 月 日生 男 ・ 女

患者様電話番号

紹介元

病院名

所在地

氏名

電話

FAX

下記①～⑥のご記載をお願いいたします。

東名古屋画像診断クリニック控用

①検査予約日時 月 日 () 時 分 ※予約時間の30分前にお越しください。 不具合等が発生しCT専用機にて検査が出来ない場合 <input type="checkbox"/> 予約変更し、専用機での検査希望 <input type="checkbox"/> PET-CT機による検査で実施可 (2015年8月以前の検査はPET-CT機で実施) (必ずチェックして下さい。チェックが無い場合は患者様に確認致します)		再診日(結果必要日) 月 日
②CT検査種別 (必ずチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影		
造影検査の方でアレルギーなどで造影剤を指定される場合は事前にご連絡下さい。 指定薬剤名 : ()		
③検査部位 複数部位をご希望の場合は、すべてチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部・骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他部位 または 撮影指示 ()		
④-1 主訴または傷病名	④-2 検査目的	
⑤既往・手術歴、現在の処方、その他事項		
⑥患者様の状況 (必ずチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 下記いずれも該当なし <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー(メトロニック社製) <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 妊娠初期(3ヶ月以内)または、その可能性 <input type="checkbox"/> α もしくは β 遮断薬の服用 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ビグアナイド系・糖尿病治療薬の服用 → 造影検査時、前後2日間の休薬 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎機能低下→クレアチニン値()mg/dl 上記に該当の方は、CT検査をお受けいただけない場合や造影検査をお断りする場合がございます。		

腹部の検査及び造影検査の場合は絶食が必要となります。検査当日・絶食開始時間から検査終了までの間は、基本的にはすべてのお薬の休薬していただきますが、必要な場合は個々の患者様の状態に合わせて、ご指示をお願いいたします(インスリン投与も含む)。

検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、東名古屋画像診断クリニックの対応に一任します。

医療法人名古屋放射線診断財団

東名古屋画像診断クリニック

〒464-0044 名古屋市千種区自由ヶ丘3丁目4番26号



0120-69-1714



TEL 052-764-1714



FAX 052-764-1725

CT検査 紹介状(診療情報提供書)

患者番号

年 月 日

氏名

生年月日

性別

年 月 日生 男 ・ 女

患者様電話番号

紹介元

病院名
所在地
氏名
電話

FAX

下記①～⑥のご記載をお願いいたします。

紹介元病院控用

①検査予約日時 月 日 () 時 分 ※予約時間の30分前にお越しください。 不具合等が発生しCT専用機にて検査が出来ない場合 <input type="checkbox"/> 予約変更し、専用機での検査希望 <input type="checkbox"/> PET-CT機による検査で実施可 (2015年8月以前の検査はPET-CT機で実施) (必ずチェックして下さい。チェックが無い場合は患者様に確認致します)		再診日(結果必要日) 月 日
②CT検査種別 (必ずチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影		
造影検査の方でアレルギーなどで造影剤を指定される場合は事前にご連絡下さい。 指定薬剤名 : ()		
③検査部位 複数部位をご希望の場合は、すべてチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部・骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他部位 または 撮影指示 ()		
④-1 主訴または傷病名	④-2 検査目的	
⑤既往・手術歴、現在の処方、その他事項		
⑥患者様の状況 (必ずチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 下記いずれも該当なし <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー(メトロニック社製) <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 妊娠初期(3ヶ月以内)または、その可能性 <input type="checkbox"/> α もしくは β 遮断薬の服用 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ビグアナイド系・糖尿病治療薬の服用 → 造影検査時、前後2日間の休薬 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎機能低下→クレアチニン値()mg/dl 上記に該当の方は、CT検査をお受けいただけない場合や造影検査をお断りする場合がございます。		


腹部の検査及び造影検査の場合は絶食が必要となります。検査当日・絶食開始時間から検査終了までの間は、基本的にはすべてのお薬の休薬していただきますが、必要な場合は個々の患者様の状態に合わせて、ご指示をお願いいたします(インスリン投与も含む)。

検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、東名古屋画像診断クリニックの対応に一任します。

医療法人名古屋放射線診断財団

東名古屋画像診断クリニック

〒464-0044 名古屋市千種区自由ヶ丘3丁目4番26号

 0120-69-1714
TEL 052-764-1714
FAX 052-764-1725