

# 情報提供書(CT検査)

## 患者情報

フリガナ

氏名

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

性別 男 女 ( )歳

住所 市 区

予約日時

年 月 日( )

時 分

※当院受診歴のある場合、記載不要

\*当院来院時、保険証の提示をお願いします

|      |  |
|------|--|
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影         |
|      | <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> インプラント(上顎・下顎) |

|        |
|--------|
| 貴医療機関名 |
| 住所     |
| 依頼医師   |

|      |  |
|------|--|
| 撮影部位 | <input type="checkbox"/> 頭部                                |
|      | <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤 |
|      | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤 |
|      | <input type="checkbox"/> 骨盤                                |
|      | <input type="checkbox"/> その他( )                            |

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 検査目的 | 主訴、症状など                   |
|      | ※歯科の場合、ステントの有無について記載ください。 |

\*造影剤チェック項目の種類、全身状態によっては単純CT検査に変更させていただく場合もございます。

|                                    |                   |  |
|------------------------------------|-------------------|--|
| 造影剤チェック項目                          | ・ヨード造影剤による過敏症の既往歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
|                                    | ・重篤な甲状腺疾患         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
|                                    | ・気管支喘息の既往歴        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (使用薬剤: )<br>(最終発作: 年 月最終)                      |
|                                    | ・重篤な心障害、肝障害、腎障害   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
|                                    | ・ペースメーカー          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
|                                    | ・体内式除細動器          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
|                                    | ・糖尿病              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ビグアナイド系糖尿病薬(前後2日間休薬)<br>(糖尿病薬 )<br>休薬 する ・ しない |
| ・クレアチニン (造影CT検査ご希望時に必要となる場合がございます) | ( mg/dl)          |  |

※上記項目に「有」がある場合は「検査目的」に詳細を記載ください。

さがみ林間病院 地域医療連携室

〒252-0385 神奈川県相模原市南区上鶴間7-9-1

電話 042(742)3582 (検査予約専用)

FAX 042(742)3595