

# 紹介状 診療情報提供書

## (CT検査依頼状)

年 月 日

聖隷沼津病院  
放射線科担当医

医療機関名  
所在地・電話番号  
医師氏名

印

検査予定日時 年 月 日 時 分

患者氏名	様	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日(才)	性別	男・女
患者住所	職業 TEL							
主訴又は傷病名・既往歴(家族歴)								
感染症 無・有 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )								
紹介目的								
症状								
経過								
検査結果								
治療経過								
現在の処方								
備考								

備考・留意事項

～CTセルフチェックシート～ 下記項目を必ずチェックして下さい。

チェック項目	CT検査適応の基準
妊娠初期又は妊娠初期の可能性ある	無・有 絶対禁忌
意識障害 (鎮静 要・不要)	無・有 動きがあるとアーチファクトを生じる。再検査

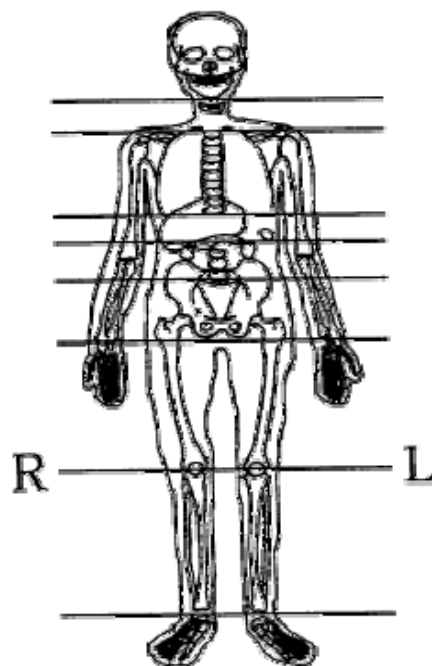
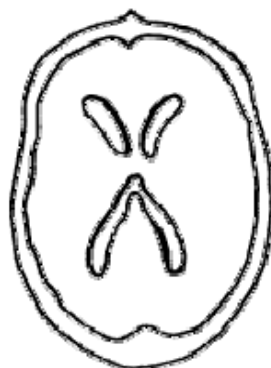
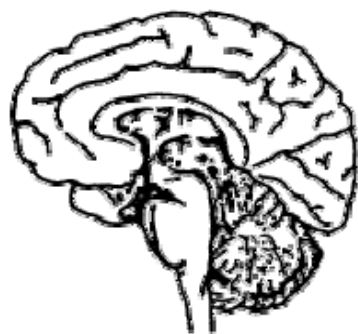
～ 以下の項目は造影する場合必要です ～

過去の造影剤副作用歴	無・有	絶対禁忌
ヨードアレルギー	無・有	絶対禁忌
未制御の甲状腺機能亢進症	無・有	絶対禁忌
気管支喘息治療中	無・有	原則禁忌
褐色細胞腫あるいはその疑い	無・有	原則禁忌
腎機能障害Cr値1.5以上(透析中も含む)	無・有	原則禁忌
多発性骨髄腫あるいはマクログロブリン血症	無・有	原則禁忌
重篤な心障害や肝疾患	無・有	慎重投与
急性膵炎	無・有	慎重投与
アレルギー体質	無・有	慎重投与
全身状態低下(低栄養状態、脱水、高齢など)	無・有	慎重投与
糖尿病治療薬(ピグアナイド系)	無・有	検査前後2日間、服薬中止(造影する場合)

どうしても必要な場合は  
主治医の付添いにより可

撮影依頼部位 ※撮影希望範囲を図示して下さい

CT(部位 )



結果報告方法(希望する方法にチェックして下さい)

フィルム貸し出しを希望    ※フィルムコピーを希望    CD-Rを希望

※フィルムコピーの場合、費用は貴院の負担となります。