

紹介状 診療情報提供書
(CT検査依頼状)

年 月 日

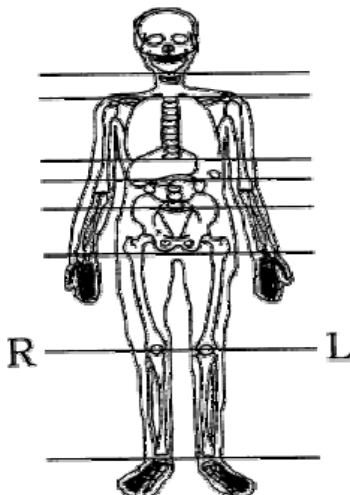
聖隷沼津病院
放射線科担当医 _____

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	明・大 昭・平	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検査依頼チェックシート ～ 必ずチェックして下さい	
放射線の影響について <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください CT検査とは X 線を用いて体の断面をみる検査です。その放射線の量は胸部 X 線撮影などと比べると多くなりますが、発がんなど健康影響へのリスクは非常に小さいと考えられています。 <input type="checkbox"/> 放射線の影響について説明を行い、同意を得ました	
妊娠初期又は妊娠初期の可能性はありますか？ (いいえ はい)	
造影剤使用について ※該当項目にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 造影希望 <input type="checkbox"/> 放射線科医師に任せる <input type="checkbox"/> 造影は希望しない 造影剤使用に関する同意書、腎機能数値、下記チェックリストの記入をお願いします チェック内容や当日の体調等によっては希望に添えない場合もあります 腎機能 (血清クレアチニン値 mg/dl , eGFR)	
撮影依頼部位 ※撮影希望範囲を図示して下さい CT(部位)	
	
～ ヨード造影剤使用のためのチェックリスト ～	
絶対禁忌	ヨード造影剤を使用して副作用を起こしたことはありますか？ (いいえ はい) ヨードアレルギーはありますか？ (いいえ はい) 未制御の甲状腺機能亢進症がありますか？ (いいえ はい)
原則禁忌	気管支喘息と診断されたことはありますか？ (いいえ はい) <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 最終発作 年 月 褐色細胞腫あるいはその疑いはありますか？ (いいえ はい) 腎機能障害 (eGFR ≤ 30.0) ですか？ (透析中は除く) (いいえ はい) 多発性骨髄腫あるいはマクログロブリン血症ですか？ (いいえ はい)
慎重投与	重篤な心障害や肝疾患がありますか？ (いいえ はい) 現在、急性膵炎と診断されていますか？ (いいえ はい) アレルギー体質ですか？ (いいえ はい) 全身状態の低下(低栄養状態、脱水、高齢など)はありますか？ (いいえ はい)
条件付き	ビグアナイド系の糖尿病治療薬を服用していますか？ (いいえ はい) ※ 造影剤を使用する場合は検査日前後2日間(計5日間)の服用中止をお願いします
結果報告方法 <input type="checkbox"/> フィルムを希望 <input type="checkbox"/> CD-Rを希望	