

久保田内科クリニック

FAX : 0265-76-3222

TEL : 0265-71-8855

CT 検査依頼書

本依頼書は、久保田内科クリニックに FAX にて送信後、原本を患者様に検査当日当院へご持参いただきますようお願いいたします。

ご依頼日 平成 年 月 日

| | |
|------------------------|----------|
| 医療機関名 | 医師名 |
| 患者氏名 男・女 (ふりがな) () | 住所 |
| 生年月日 年 月 日 | |
| 電話番号 - - | 携帯番号 - - |
| 臨床情報 | |

撮影部位

| | | | | |
|------------|--|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 頭頸部 | <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔・顔面骨 | <input type="checkbox"/> 側頭骨 | <input type="checkbox"/> 頸部 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 胸部 | <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 腹部 | <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> 腹部骨盤 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 整形外科 領域 | <input type="checkbox"/> 手・手関節 | <input type="checkbox"/> 肘関節 | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 股関節 |
| | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 足・足関節 | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 |
| | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> () | | | |

造影の有無

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 単純 CT のみ | <input type="checkbox"/> 造影 CT のみ | <input type="checkbox"/> 単純+造影 CT |
| 造影方法についてご要望があればご記載ください。 | | |

2 枚目へ続きます

撮影前の確認事項

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| 1. 妊娠またはその可能性 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| | <input type="checkbox"/> 不明 | → (当院での妊娠検査 <input type="checkbox"/> 希望する) |
| → <u>ありの場合、CT 検査は受けられません。</u> | | |
| 2. 心臓ペースメーカー、除細動器 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| → <u>ありの場合、撮影範囲にペースメーカー・除細動器をいれられません。</u> | | |

造影 CT を撮影する場合は以下を記載してください

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1. ヨード、ヨード造影剤に過敏症の既往 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 2. 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 3. 重篤な甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 4. 重篤な心不全、肝障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 5. マクログロブリン血症 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 6. 多発性骨髄腫 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 7. テタニー | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 8. 褐色細胞腫 (またはその疑い) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 9. 腎機能障害 (eGFR 39 以下) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 不明 |
| ※eGFR 40-45 | → 造影の必要性高く撮影を | <input type="checkbox"/> 希望 | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 腎機能検査 測定日 | → | ____年__月__日 | |
| 測定結果 | → 血清 Cr | ____mg/dl | eGFR ____ml/min/1.73m ² |
| <input type="checkbox"/> 腎機能検査を久保田内科クリニックに依頼する | | | |
| → <u>上記 1-9 にひとつでも <input checked="" type="checkbox"/>がある場合は、造影 CT 検査をお受けできません。</u> | | | |

内服薬について (造影 CT 施行時)

| |
|---|
| 1. 糖尿病等でのメトホルミン (メトグルコ) 内服 |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| → ありの場合は、 <u>撮影 2 日前から内服を中止</u> してください。 |

画像記録媒体のご希望

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DVD-R | <input type="checkbox"/> CD-R | <input type="checkbox"/> どちらでも可 |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

ご予約日

____月 ____日 () 午前・午後 ____時 ____分

以上