

診療情報提供書（CT検査依頼書）

申込日(FAX送信日): 年 月 日



医療法人 溪和会 江別病院

送付先FAX 011-382-2050

溪和会 江別病院 医療連携室 行 / TEL 070-1524-1977

受付：平日9:00-16:30 / 土(第1,3,5) 9:00-11:30

※FAXは24時間受信可能。受付時間以降は翌診療日に返信します。

紹介元 医療機関名			
郵便番号			
ご住所			
医師名			
TEL		FAX	

フリガナ		性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳
患者氏名		生年月日		年	月 日
電話番号	(※携帯電話番号を優先してご記入ください)				

▶ 受診（検査）日の調整方法 ※いずれか一つをお選びください

日程のご希望： ☐ 当院にお任せ / ☐ できるだけ早い日を希望

☐ ① LINEで当院と患者様が直接調整【おすすめ】

QRコードから当院LINEを友だち追加いただき、「受診日の調整」からご希望日の入力をご案内ください。

↑ LINE公式アカウント



☐ ② お電話で調整（LINEのご利用が難しい方向け）

医療連携室より患者様へ来院日時をお電話します（2診療日程度）。患者様には当院からの電話をお待ちいただくようご案内下さい。

☐ ③ 貴院経由で調整（貴院で希望日を聞き取り→当院が調整→貴院から患者様へご連絡）

☐ 希望日・不都合日なし ☐ 患者状況 ☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅

第一希望 第二希望 不都合日

病名（主訴）

病状・検査目的
(読影医に提出します)
記入欄が不足する場合は
別紙に御記入ください

▶ 検査内容

検査種類	☐ 単純CT ☐ 単純+造影CT ☐ 造影CT	CD-ROM	☐ 検査当日持ち帰り ☐ 後日レポートに添付
部位 (複数可)	1 頭部 ☐ 脳 ☐ その他 ()	読影レポート	☐ 必要 ☐ 不要
	2 頸部 ☐ 甲状腺 ☐ その他 ()		
	3 胸部 ☐ 肺・縦隔 ☐ その他 ()	撮影部位補足 特記事項	
	4 腹部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤部 ☐ その他 ()		
	5 脊椎・四肢 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 上肢 ☐ 下肢		
	6 血管 ☐ 頭部 ☐ 冠動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 肺動脈 ☐ 下肢静脈 ☐ 大血管		

▶ 造影剤チェック項目（造影依頼時のみご記入ください）

※腎機能確認とアレルギー確認が必要です。確認できない場合、造影CTはお受けできないことがあります。

腎機能確認	☐ 直近3か月以内の採血値を記載 → eGFR [] / Cr [] / 採血日 [] / []
	☐ 当院での検査当日の迅速Cr測定を希望する
	▶ Cr 1.5 mg/dL以上の場合、検査実施の可否について当院より貴院へご連絡いたします。
アレルギー 確認	☐ 気管支喘息の治療中ではない（3年以内に喘息発作なし）
	☐ 過去にヨード造影剤による重篤な副作用歴がない

●造影CTの際、ピグアナイド系糖尿病治療薬の休薬につきまして、患者様に説明をお願いします。当院では eGFR 60以上の場合は検査当日から3日間、eGFR 60未満の場合は検査前後2日間（検査日を含めて5日間）の休薬を通常設けております。

●検査前の絶食は必須ではありませんが、検査前1時間の食事は控えるようご説明ください。腸管・胆嚢の精査が主目的の場合は検査3時間前から絶食としてください。飲水は可能です。