

CT検査依頼書(診療情報提供書)

記入日: 年 月 日

町田市民病院
放射線科 宛
FAX:042-722-2290
受付:平日9時～16時30分
(受付終了後は翌業務日対応)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
医師名	

ふりがな		当院受診歴	あり ・ なし	わかれば診察券番号
患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
電話番号		性別	男 ・ 女	
検査区分	CT	造影区分	単純のみ ※現在、造影検査は受け付けておりません	
都合の悪い日	※ご都合の悪い日があればご記入ください			

部位	☐ 頭部 ()	☐ 骨盤 ()
	☐ 頸部 ()	☐ 四肢 ()
	☐ 胸部 ()	☐ 脊椎 ()
	☐ 腹部 () 検査前3時間の食止めをお願いします	☐ その他 ()
病名		
検査目的 病歴等		

妊娠	あり・なし	ありの場合は検査を行うことができません
埋込型除細動器(ICD)	あり・なし	ありの場合はICD本体に直接X線が当たらない範囲で撮影を行います
糖尿病関連器材	あり・なし	☐ リブレ ☐ インスリンポンプ → ☐ 撮影前に外すことを了承した 撮影時に器材を外せない場合、検査を行うことができません
脳深部刺激装置 脊髄刺激装置	あり・なし	ありの場合は撮影時に装置の電源をオフにいただきます (電源をオフにするためのコントローラーが必要になります)

※ 以下は、造影検査予約の場合の必須項目となります(単純検査の場合は必要ありません) ↓

喘息	あり・なし	ありの場合は造影CTを行うことができません
ビグアナイド系 糖尿病薬	あり・なし	ありの場合は検査前後48時間の休薬が必要となります
腎機能障害	あり・なし	※ 3ヶ月以内の血液データをご記入ください 採血日_____年_____月_____日 eGFR値_____ (ml/min/1.73m ²) ・ 血清クレアチニン値_____ (ml/dl) (eGFRが30未満の場合、造影検査を行うことができません)
【その他 アレルギーなどありましたら、こちらにご記載ください】		