

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
医療連携室 宛
FAX:042-722-0572
受付:平日9-17時
(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				生年月日			
患者氏名				年	月	日	(歳)
電話番号				性別	男 ・ 女		
検査区分	CT	・	MRI	造影区分	単純	・	造影
検査希望日	①	/ ()	②	/ ()	③	/ ()	希望日なし

部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ()	<input type="checkbox"/> 骨盤 ()
	<input type="checkbox"/> 頸部 ()	<input type="checkbox"/> 四肢 ()
	<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()
	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
病名		
検査目的 病歴等		

喘息	あり・なし	ビグアニド系 糖尿病薬	あり・なし	腎機能障害	あり・なし
ペースメーカーの有無	あり・なし	※ありの場合は、ペースメーカーの機種の種類をご確認ください。			
埋込型除細動器(ICD)	あり・なし				
その他体内金属の有無	あり・なし	※ありの場合は、部位や素材、挿入年月日など詳細をご記入ください。 ()			
脳深部刺激装置 脊髄刺激装置	あり・なし				
その他	あり・なし	<input type="checkbox"/> インスリンポンプ	<input type="checkbox"/> リブレ		
妊娠	あり・なし	アレルギー	あり()	なし	
血清クレアチニン値 ※検査3ヶ月以内			mg/dl	※造影検査は必ず記載	

【備考】					
------	--	--	--	--	--