

診療情報提供書(CT検査依頼書)

御依頼医療機関名		検査日時	
紹介医師名：		第1希望日	
TEL		第2希望日	
FAX		第3希望日	

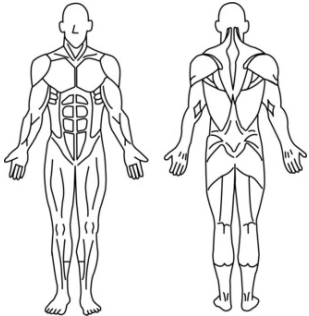
患者様情報	時間帯 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 終日 特に希望がないようでしたら空欄をお願いします。
--------------	--

フリガナ		性 別	生年月日
氏 名		☐ 男 ☐ 女	T・S・H 年 月 日

病 名	
-----	--

検査部位			
☐ 頭部	☐ 頸部	☐ 胸部	☐ 上腹部
☐ 下腹部	☐ 全腹部	☐ 脊柱 ()	☐ その他 ()
撮影手技	☐ 単純	☐ 単純・造影	☐ Dynamic

検査目的・既往歴・治療の経過・その他

	
--	---

(造影検査の場合稀にヨード造影剤の副作用が出ることがありますのでご説明および腎機能検査をお願いします)

※該当項目にチェック・ご署名下さい。			
☐ 喘息	☐ アレルギー ()	☐ 心疾患 ()	☐ 腎疾患 ()
☐ ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後48時間休薬)			
☐ 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった		☐ 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止)	
☐ 腎機能 eGFR () CRE () BUN ()		年 月 日のデータ	
造影剤使用に関し説明をしました。		主治医 _____	
造影剤使用に関し同意をしました。		患者様署名 _____	
読 影	☐ 要 ☐ 不要	読影結果のお返事に1週間前後かかる場合もあります。	

被保険者氏名		☐ 本人 ☐ 家族	保険者番号	
記号・番号			負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
公費負担者番号		公費負担者番号		入院中 ☐ DPC
受給者番号		受給者番号		外来通院中
保険適応外	☐ 妊娠 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()			

医療法人ミネルワ会 渡辺病院

〒791-0054 愛媛県松山市空港通7丁目13-3

TEL : 089-973-0111 / FAX : 089-974-0432