

## 画像診断検査(CT)紹介状(診療情報提供書)

愛媛県立今治病院

画像診断担当医 宛

貴医療機関名	
診療科	
住所	
電話番号	
ご担当医師名	印

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別	男・女
患者氏名		身長		cm	体重		kg	
患者住所	〒 -							
依頼検査	<b>CT検査</b>	電話	(自宅)					
			(携帯)					
傷病名(主訴)		造影検査使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 一任			
検査部位								

紹介目的、症状経過、その他

### 検査前の確認事項

放射線を使用するため医療被ばくを伴いますが、患者にとって必要な検査である事の説明をお願いします。  
※撮影部位・体格等に合わせて必要最低限の放射線量で検査を行います。

以下の項目に該当するものがあれば☑してください。

妊娠中もしくは妊娠の可能性がある

造影剤使用 有 または 一任 の場合

以下の項目に該当するものがあれば☑してください  
※場合によっては造影剤を使用できません

甲状腺の病気と診断されたことがある

気管支喘息と診断されたことがある

治療中  現在は治療していない

造影剤による副作用(アレルギー)歴がある

その他のアレルギーがある

糖尿病の治療中である

※ 服用している糖尿病薬 : ( )

腎機能 : 血清クレアチニン値を教えてください。

血清Cr : mg/dL

検査日 : 令和 年 月 日

直近1ヵ月以内のデータをお教えてください。データがない場合は検査前に当院で血液検査を行いますので、患者様に検査予約時間の1時間前に来院するようにお話しくださいますようお願いいたします。

保険情報	被保険者氏名		保険者番号						
	記号・番号								本・家
	事業所又は保険者名								
	高齢者保険番号								割
	公費等記号番号								

注意1. 保険情報の記入、又は健康保険証のコピー可。  
注意2. 病院提出用を患者に持参、又は後日郵送してください。