

(神戸掖済会病院 紹介用)

C T 検査依頼書 保険証は必ずご持参下さい。

医療機関名

紹介医師名

(フリガナ) 氏名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID. ) 無
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 自宅 ( ) -	連絡先 ( ) -
検査希望日:	第一希望	月 日 第二希望 月 日 希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 ( )

病名ないし疑い診断: 検査目的
体内ペースメーカーをされていますか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 内耳、中耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> インプラント用データ (上顎、下顎) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上~下腹部 <input type="checkbox"/> 血管造影 (頭部 大動脈 下肢血管 その他) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈) (注)心臓冠動脈の撮影では10秒間の息止めをしていただきます。 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 (腹部検査のオプションとして行います。単体でのお申し込みは出来ませんのでご了承下さい。) <input type="checkbox"/> 脊椎 ( ) <input type="checkbox"/> 四肢 ( ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )
造影の要否 <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純 + 造影 (造影検査の場合、腎機能障害のない事を確認して下さい。) BUN mg/dl クレアチニン mg/dl ☆☆造影をオーダーされた場合は下記の質問にお答え下さい☆☆ 造影検査歴: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り CT 造影 血管造影 胆嚢造影 腎尿路造影 その他 ( ) <input type="checkbox"/> わからない 有り と 答えられた方にお聞きします。検査を受けて副作用が出た事がありますか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り かゆみ 蕁麻疹 吐き気 気分不良 その他 ( ) 喘息はありますか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 以前有った <input type="checkbox"/> 現在治療中 (造影検査は受けられません。) これまでに飲み薬や注射で副作用が出た事がありますか <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( ) ビグアナイド類糖尿病治療薬を服用しておられますか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 現在服用中 (造影検査には休薬の必要があります。 詳しくは放射線科までお問い合わせください。9:00 ~ 17:00) 甲状腺機能障害はありますか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 女性の方にお聞きします。今、妊娠中あるいはその可能性がありますか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 現在授乳中ですか? <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (造影検査後は1日授乳できません。)
感染症の有無 HBs 抗原 (+、-、未検査) HCV (+、-、未検査) (出来れば記入) WA-R (+、-、未検査) その他感染症 ( )

申し込み先: 神戸掖済会病院 地域連携室 FAX 078-781-7300  
TEL 078-781-1411