**診療情報提供書 (ＣＴ検査用)**

浅香山病院　御中　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介医療  機関名称  住　所  医師名 |  | | TEL | | （　　　） | |
| FAX | | （　　　） | |
|  |  | |  | | | |
| フリガナ |  | | 生 年 月 日  　　　　 　年 　 　 　月 　 　　日 | | | |
| 氏名 |  | |
| 年齢　　 歳 | | | 性別　男 ・ 女 |
| 住　　所 |  | | TEL　　 （　 　　） | | | |
| 携帯 （ ） | | | |
|  | | | | | | |
| 主訴または病名　　　　 　　　　感染症（有・無）MRSA・HCV・HB・LU・その他（　　　）  検査目的・希望事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　体重（　　　　　）kg  　　男a | | | | | | |
| 現在の処方（内服薬） | | | | | | |
| ご希望のⅭＴ検査項目の□内にチェックをしてください | | | | | | |
| □一般CT撮影 | | | | □特殊CT撮影 | | |
| （撮影部位および造影の有無について□内にチェックをしてください） | | | | * CTアンギオ   　 □　頭部　□　頸部　□　胸部  　 □　腹部　□　骨盤　□　下肢  　 □　その他（　　　　　　　　　　）  □　骨 ・ 関節3D画像  　□　（部位　　　　　　　　　　）  　 □　MPR画像（要）  □　DIC－CT  　 □　胆道系 | | |
| 部位   * 脳　　　（）　　　　□　腎部 * 眼　　　（）　　　　□　肝膵腎部 * 耳　　　（）　　　　□　肝膵腎骨盤部 * 副鼻腔　　（）　　□　肺～骨盤部 * 頸部（甲状腺）　□　骨盤（下腹部） * 心臓（冠動脈）　□　脊椎 * 肺（縦隔）　　　　□　上肢 * 肝膵部　　（）　　□　下肢 * その他（　　 　　　　　） | | 造影の有無   * 単純 * 造影 * 単純 + 造影 * ダイナミック【特殊CT撮影】   □　肝臓　□　膵臓　□　腎臓  □　その他（　　　　　　　　　　　）  　□　放射線科医判断 | |
| ※造影ＣＴ、心臓（冠動脈）ⅭＴの場合は下記事項のチェックが必要です  ◆血清クレアチニン値（　　　　㎎/㎗）　◆ｅＧＦＲ（　　　　）　◆採血日　　　　　　　年　　　月　　　日  　　造影剤使用可能な腎機能の目安はクレアチニン値1.3㎎/㎖未満、ｅＧＦＲ45以上です  （3ヶ月以内）  ◆ビグアナイド系糖尿病治療薬の投与　□　あり　□　なし　【投薬中の場合は検査前後の各48時間の休薬が必要です】  ◆気管支喘息　　　　□　あり　□　なし  ◆甲状腺機能亢進　　□　あり　□　なし | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公益財団法人 浅香山病院 地域医療連携室  〒590-0018 堺市堺区今池町3丁3番16号 | ＴＥＬ ０７２－２２９－９２３２ 　平　日・8:30～19:30  ＦＡＸ ０７２－２２９－９２６７　　土曜日・8:30～12:00 |  |