**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・8:30～19:30ＦＡＸ ０７２－２２９－９２６７　　土曜日・8:30～12:00 |  |