東札幌病院　CT検査依頼書・診療情報提供書

御依頼医療機関名 電話番号： FAX番号：	御依頼医師 実施年月日　　年　　月　　日 来院時間　　時　　分 検査時間　　時　　分
ID： フリガナ 患者氏名 ☐ 男　☐ 女 生年月日　　年　　月　　日	スキャン部位 〔　　〕
ご住所：	☐ 単純　☐ 造影　☐ ダイナミック ☐ 単純+造影
電話番号：	身長　　cm　体重　　kg

※造影検査の場合は必ずご記入ください

腎機能異常	☐ 無 ☐ 有　採血日　　年　　月　　日（検査日3か月以内） 血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ（　　mg/dl）eGFR(　　ml/min/1.73 ㎡)		
造影剤副作用	☐ 無 ☐ 有（薬剤名　　）		
アレルギー	☐ 無 ☐ 有（　　）	感染症	☐ 無 ☐ 有（　　）
糖尿病	☐ 無 ☐ 有　ビグアナイド系内服薬 ☐ 無 ☐ 有（　　） （48時間前　　月　　日 ～　　月　　日 休止）		
喘　息	☐ 無 ☐ 有　※喘息がある場合、単純撮影に変更させていただきます		

臨床診断名	

検査目的　※読影上必要ですので、必ずご記入ください

検査予約は、東札幌病院　放射線科へ電話にてお申し込みください（TEL：011-555-3347）
（月～金：9:00～17:00、土：9:00～12:00）

検査当日、御用意いただくもの	・本書「検査依頼書」 ・健康保険証（マイナ保険証）	・「説明・承諾書」（造影の場合） ・お持ちの方は、受給者証等