

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	スキャン部位 []		
	生年月日	年	月 日
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) 血清クレアチン (mg/dL) eGFR(mL/min/1.73 m ²)			
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 年 月 日 ~ 年 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・同意書」（造影の場合） ・お持ちの方は、受給者証等