

CT 検査依頼書（診療情報提供書）

〒070-0054

旭川市 4 条西 4 丁目 1-2

吉田病院

放射線科

TEL：0166-25-1115（内線 2219）

【紹介元医療機関名】

【御担当医】

【住所】 〒

【電話番号】

【FAX 番号】

診療情報提供書

ふりがな

患者氏名 様 性別 男・女 生年月日 年 月 日(歳)

電話

住所

検査予約日時 年 月 日 (時頃) 当院受診歴 あり・なし

保険証記号

番号

保険者番号

病状及び経過

検査依頼目的

検査部位

頭部 頸部・甲状腺 胸部・HRCT 肝臓～腎臓 肝臓～骨盤腔 内臓脂肪測定
 脊椎（頸椎・胸椎・腰仙椎） 四肢（ ）

血管 3D

脳血管 頸部血管 腹部血管 心臓血管 下肢血管

※ 心臓血管 3D の場合(循環器専門医が読影するため結果送付に 1 週間程、時間を頂く事がございます。)

β 遮断薬の使用の許可 可 不可 ※可の場合、患者様には検査 1 時間前に来院して頂きます。

造影の有無

有 無 当院に一任

患者情報

身長 cm 体重 kg

・ペースメーカー 有 無

・妊娠の可能性 有 無

造影剤使用 有 または 一任の場合

・甲状腺疾患 有 無

・気管支喘息 有 無

・糖尿病薬使用 有(薬名：) 無

・造影剤副作用歴 有 無

・その他アレルギー 有() 無

・血清 Cr： mg/dl (必須)

※直近 6 ヶ月以内のデータでお願いします

●心臓 3D CT 検査の注意事項について

検査 1 時間前に来院して頂き、β 遮断薬を飲んで頂く場合があります。

●食事制限について

腹部と造影の検査は、検査前 4 時間は食事摂取を控えてください。

●結果について

後日、画像と結果を送付致します
通常 3 日程度（土日祝含まず）
心臓 3D は 1 週間程度