

C T 検査依頼票

(FAX専用)

(宛先) 名古屋市立東部医療センター
 (地域医療連携センター行)
 FAX 番号 (052) 723-7356

令和 年 月 日

医療機関名称
 依頼医師名
 TEL
 FAX

下記の患者さんのCT検査依頼票を送付いたします。

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患者住所	電話 () -	駐車場利用希望 あり・なし
東部医療センター受診歴	有 (ID 番号 - -)	無
【検査第一希望日： 月 日 () AM ・ PM】		
【検査第二希望日： 月 日 () AM ・ PM】		
連絡事項 (具体的な目標部位又は器官名等) <u>※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。</u>		

1～10について該当する項目に○印をお願いいたします。

- 検査部位 頭・頸・胸・腹・骨盤・脊椎・上肢・下肢・その他 ()
- 撮影手法 単純・単純+造影・必要に応じて造影
- 希望媒体 CD-ROM ・ フィルム
- 結果の受渡方法 郵送・地域医療連携センターにて手渡し
- 植え込み型除細動器の有無 無 ・ 有
- 1年以内の喘息発作の有無 無 ・ 有
- コントロール不能な甲状腺疾患の有無 無 ・ 有
- 妊娠の可能性 無 ・ 有

以下は、造影検査をご希望される場合に記載をお願いします。

9. クレアチニン値 _____ mg/dl ・ 当院にて血液検査希望

当院にて血液検査 (腎臓の機能) を希望される方は、予約時間の1時間前に来院してください

10. 造影剤副作用の有無 無 ・ 有 ・ 不明

名古屋市立東部医療センター 地域医療連携センター
 直通電話 (052) 723-7359 FAX (052) 723-7356