

CT検査依頼箋

洛和会音羽病院

洛和会音羽病院 CT検査依頼箋（兼 診療情報提供書）

FAX送信日

地域連携課 FAX (直通) : 075-593-4160

日付	年	月	日	検査予定日	年	月	日	時	分~
----	---	---	---	-------	---	---	---	---	----

患者氏名 住所 〒 生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 TEL ()	(男・女)	紹介元医療機関 医師氏名 TEL ()	印
---	-------	------------------------------------	---

傷病名・検査目的

撮影方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	検査データ提供媒体 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R
撮影部位 頭部： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 頸部： <input type="checkbox"/> 頸部 胸部： <input type="checkbox"/> 胸部 腹部： <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部	上肢： <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 下肢： <input type="checkbox"/> 右股 <input type="checkbox"/> 左股 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節 その他： <input type="checkbox"/> ()

造影に関して

- ・過去に造影検査を受けたことがある **【無・有】** ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認
- ・気管支喘息（過去5年以内の既往も含む） **【無・有（造影不可）】**
- ・ヨードアレルギー **【無・有（造影不可）】**
- ・その他のアレルギー **【無・有】**

・腎機能 eGFR () Cr ()
 BUN () 検査日 (年 月 日)

感染症 HCV抗体 (+・-・未) HBs抗原 (+・-・未) TPHA (+・-・未)

体重 _____ Kg

※貴院での画像データ等の検査結果がございましたら、検査当日にご持参いただきますようお願いいたします。
 ※画像所見の報告につきましては翌日以降（土曜日の場合は月曜日以降）になります。



洛和会音羽病院 CT検査依頼箋 (兼 診療情報提供書)

FAX送信日

地域連携課 FAX (直通) : 075-593-4160

日付	年	月	日	検査予定日	年	月	日	時	分~
----	---	---	---	-------	---	---	---	---	----

患者氏名 (男・女)	紹介元医療機関
住所 〒	医師氏名 印
生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日	TEL ()
TEL ()	TEL ()

傷病名・検査目的

撮影方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	検査データ提供媒体 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R
撮影部位 頭部: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 頸部: <input type="checkbox"/> 頸部 胸部: <input type="checkbox"/> 胸部 腹部: <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部	上肢: <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 下肢: <input type="checkbox"/> 右股 <input type="checkbox"/> 左股 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節 その他: <input type="checkbox"/> ()

造影に関して

- 過去に造影検査を受けたことがある 【無・有】 ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認
- 気管支喘息 (過去5年以内の既往も含む) 【無・有 (造影不可)】
- ヨードアレルギー 【無・有 (造影不可)】
- その他のアレルギー 【無・有】
- 腎機能 eGFR () Cr ()
BUN () 検査日 (年 月 日)

感染症 HCV抗体 (+・-・未) HBs抗原 (+・-・未) TPHA (+・-・未)

体重 _____ Kg