

# 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		



# 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
生年月日 西暦・明・大・昭・平	TEL ( )
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	<table border="0"> <tr> <td>頭部：<input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>副鼻腔</td> <td>上肢：<input type="checkbox"/>右肩 <input type="checkbox"/>左肩 <input type="checkbox"/>右上腕 <input type="checkbox"/>左上腕</td> </tr> <tr> <td>頸部：<input type="checkbox"/>頸部</td> <td><input type="checkbox"/>右肘 <input type="checkbox"/>左肘 <input type="checkbox"/>右前腕 <input type="checkbox"/>左前腕</td> </tr> <tr> <td>胸部：<input type="checkbox"/>胸部</td> <td><input type="checkbox"/>右手関節 <input type="checkbox"/>左手関節</td> </tr> <tr> <td>腹部：<input type="checkbox"/>上腹部 <input type="checkbox"/>下腹部 <input type="checkbox"/>全腹部</td> <td>下肢：<input type="checkbox"/>右股 <input type="checkbox"/>左股 <input type="checkbox"/>右大腿 <input type="checkbox"/>左大腿</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>右膝 <input type="checkbox"/>左膝 <input type="checkbox"/>右下腿 <input type="checkbox"/>左下腿</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>右足関節 <input type="checkbox"/>左足関節</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他：<input type="checkbox"/> ( )</td> </tr> </table>						頭部： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔	上肢： <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕	頸部： <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕	胸部： <input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節	腹部： <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部	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"/> ( )
頭部： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔	上肢： <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕																			
頸部： <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕																			
胸部： <input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節																			
腹部： <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部	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