

# 病診連携 CT検査依頼書(診療情報提供書)

下田メディカルセンター  
地域医療連携室行き

FAX番号 0558-25-1616

貴院ご担当 \_\_\_\_\_

医療機関名	医師名
電話番号	FAX番号

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 (  男 ・  女 )

生年月日 (  M ・  T ・  S ・  H ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_ 患者電話番号 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

主訴・目的(病歴)

病歴経過

読影希望 (  有 ・  無 )

妊娠 (  有 ・  無 ) 喘息 (  有 ・  無 ) その他のアレルギー (  有 ・  無 )

造影の場合 造影剤アレルギー (  有 ・  無 )  
 (要チェック) 1ヶ月以内の血液検査(腎機能)の異常 (  有 ・  無 )  
**※ 注意 造影検査の場合は4時間前から食事はとらないで下さい。**

CT撮影部位	頭部	単純 ( <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳(側頭骨) <input type="checkbox"/> その他 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳(側頭骨) <input type="checkbox"/> その他 )
	頸部	単純 ( <input type="checkbox"/> 耳下腺・顎下腺・甲状腺 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> その他 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 耳下腺・顎下腺・甲状腺 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> その他 )
	胸部	単純 ( <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 肺梗塞疑い <input type="checkbox"/> 腫瘍疑い <input type="checkbox"/> その他 )
	胸部～骨盤	単純 ( <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤 <input type="checkbox"/> その他 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 腫瘍疑い <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓(胸～下肢) <input type="checkbox"/> その他 )
	腹部	単純 ( <input type="checkbox"/> 全腹部(肝～骨盤腔) <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 全腹部(肝～骨盤腔) <input type="checkbox"/> 肝臓ダイナミック <input type="checkbox"/> 膵臓ダイナミック <input type="checkbox"/> 胆道胆嚢ダイナミック <input type="checkbox"/> 腎臓ダイナミック <input type="checkbox"/> DIC-CT <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 )
	骨盤腔	単純 ( <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 両側股関節 <input type="checkbox"/> R股関節 <input type="checkbox"/> L股関節 <input type="checkbox"/> その他 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 両側股関節 <input type="checkbox"/> R股関節 <input type="checkbox"/> L股関節 <input type="checkbox"/> その他 )
	血管造影	( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 )
	脊椎(髄)	単純 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 )
		造影 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 )
	上肢	単純 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕骨 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指骨 <input type="checkbox"/> その他 )
	造影 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕骨 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指骨 <input type="checkbox"/> その他 )	
下肢	単純 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿骨 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 趾骨 <input type="checkbox"/> 踵骨 )	
	造影 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿骨 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 趾骨 <input type="checkbox"/> 踵骨 )	
胸郭部	単純 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 肋骨 )	
	造影 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 肋骨 )	

画像再構成(MPR) (  冠状断(コロナールCOR)  矢状断(サジタールSAG) )

特記事項・その他受診希望日

お申込み手順 ・ ご記入後、下田メディカルセンター地域医療連携室(0558-25-1616)までファックスにてお申込み下さい。  
 予約受付後、ファックスにて予約票を送ります。  
 ・ 依頼書はコピーをとって原本は貴院控えに、コピーは予約票と一緒に患者様にお渡し下さい。  
 患者様は予約日の予約時間30分前には医事課窓口にて書類と保険証、当院診察券(通院歴がある方)を提出して下さい。

※ お問い合わせは、下田メディカルセンター 地域医療連携室(0558-25-3535)までご連絡下さい。