

名古屋掖済会病院

FAX 検査予約連絡票

診療情報提供書 CT 造影

所在地
医療機関名
医師氏名
T E L
F A X

記載日 年 月 日

フリガナ	旧姓	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)		年 月 日 (歳)
〒		固定電話 () -
住所		携帯電話 () -

検査希望日時 月・水・金の 11:00 ~ (10:40 来院) となります

☐ 第 1 希望	年 月 日 11:00 ~
☐ 第 2 希望	年 月 日 11:00 ~
☐ 第 3 希望	年 月 日 11:00 ~
☐ 希望日なし	☐ 曜日のみ希望 月・水・金

検査項目

頭 / 顔	脊椎	体幹	☐ 大動脈
☐ 頭部	☐ 頸椎	☐ 胸部	☐ 胸部
☐ 顔面	☐ 胸椎	☐ 肺～骨盤	☐ 腹部
☐ 副鼻腔	☐ 腰椎	☐ 腹部 (肝～腎下部)	☐ 骨盤
☐ 頸部	☐ 仙尾骨	☐ 腹部～骨盤	☐ 大腿部
		☐ 骨盤 (腸骨稜～肛門)	☐ 下腿部
☐ 上肢 (左・右)	☐ 下肢 (左・右)		
☐ 肩関節	☐ 上腕	☐ 股関節	☐ 大腿
☐ 肘関節	☐ 前腕	☐ 膝関節	☐ 下腿骨
☐ 手関節	☐ 手部	☐ 足関節	☐ 足部

確認事項 (必須)

1: ペースメーカー
☐ あり ☐ なし

2: ICD/CRT-D
☐ あり ☐ なし
↳ 検査出来ない場合がございます。

3: ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用
☐ あり ☐ なし
↳ 造影剤使用の前後 48 時間 (合計 5 日間) の休薬が必要です。

4: 造影剤アレルギー
☐ あり ☐ なし
↳ 検査出来ない場合がございます。

5: 喘息
☐ あり ☐ なし
↳ 検査出来ない場合がございます。

6: 腎機能障害
☐ あり ☐ なし
当院の目安: eGFR > 50ml
↳ 血清クレアチニン () mg/dl
eGFR () ml/min

診断名・症状・治療経過など

☐ 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

※ FAX 検査予約連絡票 (こちらの紙) を検査の 2 営業日前までに FAX 送信下さい。
※ 予約受付後「検査予約票」「予約票」「CT 検査を受けられる方へ」の 3 枚を FAX いたしますので、患者様にお渡しく下さい。
※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター
TEL:052-652-7954

FAX:052-652-7953