

## 富士市立中央病院高度医療機器利用申込書

( CT )

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX                      -                      -                      TEL                      -                      -

●患者様情報

フリガナ		男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成		
患者様氏名			年	月	日生
患者様電話番号	(       )	身長	cm	体重	kg
検査希望日時					
病名または疑診名 日本語でお願いします					

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

禁忌要件ご確認欄【単純・造影共通】	
妊娠の可能性	無・有
心臓ペースメーカー・ICD	無・有
造影剤を使用するための必須ご確認欄	
ヨードアレルギー	無・有
5年以内の喘息既往	無・有
3ヶ月以内Cre値(注1) (    月    日    mg/dl)	
高度腎臓機能障害	無・有
糖尿病薬の服用(注2)	無・有
ご希望のメディア【単純・造影共通】	
フィルム(上限4枚) / CD-R	

CT ( 単純・造影・単純+造影 ) 撮影方法及び部位を○で囲んでください

頭部系	頸部系	胸部系	腹部系	骨盤系	上肢系	下肢系	脊椎系
頭部	頸部	胸部	上腹部	骨盤	肩関節	下肢	頸椎
眼窩部		胸部大動脈	下腹部	股関節	上腕部	股関節	胸椎
副鼻腔			上～下腹部		肘部	膝関節	腰椎
上顎骨			腹部大動脈		前腕部	下腿部	仙骨
下顎骨					手関節	足関節	
聴器・側頭骨					手部	足部	

○ お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを患者様へお渡しください。また造影検査の場合は、別途「造影剤投与に関する同意書」もご用意ください。

(注1) 過去3ヶ月以内の血清クレアチニン値を必ずご記入ください(未実施の場合は、当日注射前に実施します)。

(注2) ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方は、検査前後48時間の休薬が必要です。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	-	-	
予約日時	月       日	(    )	時       分	~
			月       日	受付