

# CT検査依頼書 兼 診療情報提供書

## 【FAX 096-367-8008】

### ●患者情報

フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名			年 月 日
住 所	〒	電話番号	(     )

予約希望日時（月～土 9:00～17:00） <b>※木曜休診（土曜日は造影検査が出来ません）</b>		妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（同意済）
第1希望	月 日 (     )    :    頃	採血結果（3か月以内） <b>【※造影検査の場合必須】</b> (eGFR            mL/min)
第2希望	月 日 (     )    :    頃	

検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<b>【血管系】</b> <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 肺静脈 <input type="checkbox"/> その他血管（部位：           ）
	<input type="checkbox"/> 造影	<b>【実質系】</b> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部（骨盤含む） <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> その他（部位：           ）
	【読影】	<b>【歯科インプラント】</b> <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ（12,000円：税抜） <input type="checkbox"/> 上下顎両方（15,000円：税抜）
	要  不要	<input type="checkbox"/> ステントを使用する <input type="checkbox"/> 使用しない ※使用する場合は患者さんに装着方法とご持参をご指導ください。

臨床診断・検査目的

その他指示事項

※造影CTの場合、当院にて同意書の取得を行うため検査前日までに一度ご来院お願いします。  
 ※eGFR<60mL/minの場合、造影検査は施行できませんのでご了承ください。

### ●紹介元情報

紹介元医療機関名  住所 電話番号 FAX番号	医師名
-------------------------------------	-----

- ・患者様に本紙と別紙（CT検査予約票【患者控え】）をお渡しください。
- ・予約受付時間は診療日（月～土：木曜休診）の9:00～17:00となります。
- ・ご不明な点がございましたらご連絡ください。