朝日生命成人病研究所附属医院　行

**はじめにお電話でご予約をお願いします！　医療連携部 TEL：０３-３６３９－５４８７**

CT検査依頼ＦＡＸ送信票

**【患者さん情報】**　［医院使用欄：　　　　　　］

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名：　　　　　　　　　　　　　　様（男・女）

生年月日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

日中ご連絡先TEL：　　　　-　　　　-

**【ご依頼元医療機関様】**

（名称・住所・TEL）

（診療科・ご担当医）

先生

上下の枠内にご記入・○印のうえ、末尾記載の番号宛ＦＡＸでお送りください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご予約日時 | 年 | 月 | | 日 | 時 | 分 |  |
| ご希望の部位  造影 | 1.頭部 | | （　あ　り　）　・　（　な　し　） | | | | |
| 2.胸部 | |
| 3.腹部 | |
| 4.骨盤腔 | |
|  | |
|  | |

**【ご依頼内容】**※造影ありの場合は腎機能についてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 主訴・検査目的 |  |
| 病名 |  |
| 身長・体重 | 身長　　　　　．　ｃｍ　　体重　　　　　．　ｋｇ 血圧　　　/ mmHg |
| 既往歴 |  |
| 症状経過  および  検査結果 |  |
| チェック項目 | 腎機能障害 （あり　・　なし）　eGFR（　　　　) ml/分/1.73m2  \* 3か月以内の値を記載してください  \* eGFR<30 の場合造影はできません  薬剤アレルギーの既往 （あり　・　なし）  ビグアナイド薬の内服 （あり　・　なし）　中止（　　 ）月（　　 ）日 |

（2025.01）

**ＦＡＸ番号：０３－３６３９－５５２８** 朝日生命成人病研究所附属医院 医療連携部　行