

CT 検査依頼 FAX 送信票

【患者さん情報】 [医院使用欄：]

フガナ

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	1. 頭部 2. 胸部 3. 腹部 4. 骨盤腔
造影	(あり) ・ (なし)

【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/1.73m ² * 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