

診療情報提供書 CT検査依頼書(本人様お控え)

受診者情報		申込日		年	月	日
フリガナ						
氏名			性別	男・女		
生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	才	
住所	(〒 -)					
電話番号	(日中連絡のつくところ)			- -		
		検査日時	年	月	日	午前・午後
						時 分

の項目すべてにご記入下さい

- ・当日は検査開始時刻の15分前にお越し下さい。
- ・保険証と依頼書を必ずご持参下さい。
(検査は予約制になっておりますので、予約日時にお越しになれない場合は、検査前日までにご連絡下さい。)
- ・荷物は全てロッカーに入れて頂きますので、高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないようにお願いいたします。

ペースメーカー、除細動器を装着されている方へ

機種によっては、ペースメーカーの本体部の撮影ができない場合がありますので、循環器内科主治医にご確認をお願いします。また念のためペースメーカー手帳をお持ち下さい。除細動器(ICD)は原則として本体部分の撮影はできませんのでご了承下さい。

食事制限について

検査部位が上腹部、下腹部の場合、検査前4時間の絶食をお願いします。水分(水またはお茶)につきましては、特別に指示が無ければ検査開始まで摂って頂いて結構です。

+++++

<主治医の先生へのお願い>

- ・上下腹部の検査では、検査前3日間はバリウム検査を行わないで下さい。
- ・安静を保つための麻酔・鎮静剤等の投与は当クリニックではできませんので必要な場合は主治医が必ず同伴下さい。
- ・結果は、数日で郵送させていただきます。ご了承のほどお願いいたします。



四条烏丸クリニック

人間ドック・健診・画像診断

〒604-8152 京都市中京区烏丸通錦小路上ル

手洗水町652 烏丸ハイメディックコート

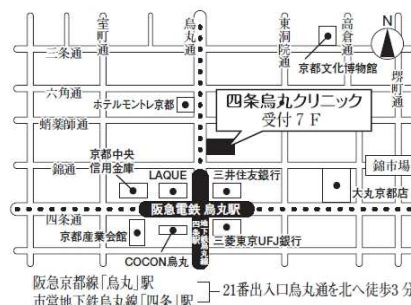
T E L 075-241-3577 (代表)

0120-012-770 (予約直通)

F A X 075-241-3588

U R L <http://www.karasuma-clinic.jp/>

本依頼書は上記のホームページからもダウンロード可能です。



四条烏丸クリニック

診療情報提供書 CT検査依頼書(四条烏丸クリニック宛)

四条烏丸クリニック 担当医 宛

受診者情報		申込日		年	月	日
フリガナ			性別	男・女	紹介元医療機関名	
氏名			性別	男・女	診療科 主治医 電話 () -	
生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	才	
住所	(〒 -)					
電話番号	(日中連絡のつくところ) - -					
ID		検査日時	年	月	日	午前・午後 時 分
臨床診断名			手術歴			
現病歴(症状)						
検査目的			<input type="checkbox"/> スクリーニング			
検査部位・指示			撮影方法についてのご指示はこちらにご記入下さい。			
<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳・内耳 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部			<input type="checkbox"/> 頸 椎 <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> その他 <div></div>			
患者状態						
・妊娠:		無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	・身長:		cm	
無 ⇒ (LM:)			・体重:		kg	
・感染症:		無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>				
内容 ⇒ ()						
・独歩:		可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>				
内容 ⇒ ()						
・車いす:		<input type="checkbox"/>				
撮影手技	<input type="checkbox"/> 単純のみ			CD-R	枚	
撮影条件	kV	mA	CTDIvol.e (mGy)	DLP.e (mGycm)	担当技師	

の項目すべてにご記入下さい

診療情報提供書 CT検査依頼書(ご依頼先控え)

受診者情報				申込日				年		月		日					
フリガナ						性別		男・女		紹介元医療機関名							
氏名						性別		男・女		診療科 主治医 電話 () -							
生年月日		M・T・S・H		年		月		日生		才							
住所		(〒 -)															
電話番号		(日中連絡のつくところ) - -															
ID				検査日時		年		月		日		午前・午後		時		分	
臨床診断名										手術歴							
現病歴(症状)																	
検査目的 <input type="checkbox"/> スクリーニング																	
検査部位・指示										撮影方法についてのご指示はこちらにご記入下さい。							
<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳・内耳 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部										<input type="checkbox"/> 頸 椎 <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> その他 []							
患者状態																	
・妊娠: 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ・身長: cm 無⇒(LM:)																	
・感染症: 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ・体重: kg 内容⇒()																	
・独歩: 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 内容⇒()																	
・車いす: <input type="checkbox"/>																	
撮影手技		<input type="checkbox"/> 単純のみ								CD-R							
												枚					
撮影条件		kV		mA		CTDIvol.e (mGy)				DLP.e (mGycm)				担当技師			