TEL

086-526-8111

**FAX**

**086-526-8117**



|  |  |
| --- | --- |
| 貴医療機関 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担 当 医 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 生年月日 | T　S　H　R　00年00月00日 | | |
| 年　　　齢 | 000歳 | 性　　　別 | 男　女 |
| 患者住所 | 〒０００－００００ | | | | |
| 連 絡 先 |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 心臓ペースメーカ | なし　　あり  メーカー名(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 以下は造影剤を使用する場合のみご記入ください。 | | | |
| 腎 機 能 | eGFR値 (　　　　　　　　　　　　)mL/min/1.73㎡  測定日：0000年00月00日 | CT造影剤副作用歴 | なし  あり |
| 糖 尿 病 | なし　　あり  薬剤名(　　　　　　　　　　　　　　　) | 気管支喘息治療歴  (5年以内) | なし  あり |

* **検査前確認事項**

「あり」の方はご記入ください

「あり」の方はご記入ください

* **検査結果と読影についてのお知らせ ■**

検査終了後、30分程度お待ち頂ければ、検査結果と読影結果は直ちにお渡し可能です。

お急ぎの場合は、当院よりFAXさせて頂きます。ご紹介ありがとうございました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病　　　名 |  | 検査部位 |  |
| 造影剤使用 | しない　　する  注)下記の場合は造影剤を使用できないことがあります。  ・腎機能低下(3ヶ月以内のeGFR値が不明)　・気管支喘息　・糖尿病　・ヨードアレルギー | | |
| 紹介目的、既往歴等できる限り詳しくご記入をお願いいたします。 | | | |

**検査予約日時 ：0000年00月00日 ／ 00時00分**

**紹介状(診療情報提供書)**

玉島中央病院

放射線センター

担当医

**CT**