

**CT検査申込み書（診療情報提供書）**  
**FAX 送信先：078-302-2251 地域医療連携センター**

神戸市立医療センター 医療機関名：

中央市民病院宛 医 師 名 ：

【お問い合わせ先】 住 所 ：  
 TEL：078-302-6031

電 話 ・ FAX ：

フリガナ				生年月日	年	月	日 ( 才 )		
氏名 (旧姓)	男・女			TEL					
				当院受診歴	有	・	無		
住 所									
保 険 情 報	【保険者番号】	【記号】	【番号】	本人・家族					
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】						
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】						
検査希望日	①	月	日	時頃	②	月	日	時頃	③いつでも可
【撮影部位】	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 手：右 左 ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足：右 左 ) <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
【造影検査の方】	eGFR 値 ( ) またはクレアチニン値 ( mg/dℓ )								
来院方法 (独歩・車イス・ストレッチャー)	感染症 ( )								
主訴・臨床診断・検査目的等 (注意事項や撮像方法等がありましたらご記入ください)									
診断名： 造影： 有 ・ 無									

※造影検査をお申し込みの方につきましては、「ヨード造影剤に関する同意書」もご送付いただきますようお願いいたします。

※下記に該当する方の造影検査は、原則お受けできません。

- ①eGFR<30の方    ②現在、喘息の治療を受けておられる方
- ③過去に造影検査を受けられた方で以下のいずれかに該当する方
  - ・ 血圧低下 (90 mm Hg 未満)    ・ 呼吸困難    ・ 喘鳴    ・ 顔面、眼瞼浮腫    ・ ショック
  - ・ アナフィラキシー様症状    ・ 呼吸停止    ・ 心停止    ・ 心室頻拍 (六連発以上)    ・ 喉頭浮腫