

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】

TEL：078-302-6031

住所：

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			
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