

放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

CT検査

住所:

TEL:

FAX:

予約日時

月 日 () :

依頼医師名:

印

| | | | |
|------|----------------------------|------------------------|-----|
| 患者ID | | | |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 | 生年月日 | |
| | <input type="checkbox"/> 女 | 大正 昭和 平成 年 月 日 歳 | |
| 住所 | 〒 | TEL | - - |

お申し込み検査 単純 造影※ 単純+造影 ※造影CTは造影検査説明同意書 必須

◆頭頸部

- | | | |
|--------------------------|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 40 | 頭部CT |
| <input type="checkbox"/> | 41 | 頭部CTA (造影のみ) |
| <input type="checkbox"/> | 42 | 眼窩CT |
| <input type="checkbox"/> | 43 | 副鼻腔CT |
| <input type="checkbox"/> | 44 | 聴器CT |
| <input type="checkbox"/> | 45 | その他頭頸部CT |
| <input type="checkbox"/> | 46 | 頸部CTA (造影のみ) |

◆四肢

- | | | |
|--------------------------|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 59 | 骨格筋CT (単純のみ) |
| <input type="checkbox"/> | 60 | その他四肢CT |

◆胸部・腹部・混合

- | | | |
|--------------------------|----|------------|
| <input type="checkbox"/> | 47 | 胸部CT |
| <input type="checkbox"/> | 48 | 上腹部CT |
| <input type="checkbox"/> | 49 | 腎CT |
| <input type="checkbox"/> | 50 | 骨盤CT |
| <input type="checkbox"/> | 51 | 胸部+腹部CT |
| <input type="checkbox"/> | 52 | 胸部+腹部+骨盤CT |
| <input type="checkbox"/> | 53 | 腹部+骨盤CT |

◆その他躯幹

- | | | |
|--------------------------|----|---------|
| <input type="checkbox"/> | 61 | その他躯幹CT |
|--------------------------|----|---------|

◆大動脈

- | | | |
|--------------------------|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 54 | 大動脈CT |
| <input type="checkbox"/> | 55 | 下肢CTA (造影のみ) |

◆椎体

- | | | |
|--------------------------|----|------|
| <input type="checkbox"/> | 56 | 頸椎CT |
| <input type="checkbox"/> | 57 | 胸椎CT |
| <input type="checkbox"/> | 58 | 腰椎CT |

◆特殊 ※冠動脈CT説明同意書 必須

- | | | |
|--------------------------|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 62 | 冠動脈CT (造影のみ) |
|--------------------------|----|--------------|

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

| | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手術後に検査 | <input type="checkbox"/> シーネ付きで検査 | <input type="checkbox"/> シーネ外して検査 | <input type="checkbox"/> シャントあり注意 (左・右) | <input type="checkbox"/> 脂肪測定追加 |
| <input type="checkbox"/> HR-CT | <input type="checkbox"/> 穿孔条件CT | <input type="checkbox"/> 骨条件CT | <input type="checkbox"/> 乳癌Ope後注意 | <input type="checkbox"/> ダイナミックCT |
| <input type="checkbox"/> 要!造影前処置 | <input type="checkbox"/> 冠状断追加 | <input type="checkbox"/> 特別指示 () | | |

| | | |
|-------|--------|--|
| 造影CT | 同意書 | <input type="checkbox"/> 造影検査説明・同意書作成済み |
| | 前処置 | <input type="checkbox"/> 造影前処置なし <input type="checkbox"/> 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> PSL内服:12h前30mg+2h前30mg (紹介元医療機関での処置薬提供が必要) |
| 冠動脈CT | 同意書 | <input type="checkbox"/> 冠動脈CT検査説明・同意書作成済み |
| | 前処置 | <input type="checkbox"/> 造影前処置なし <input type="checkbox"/> 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> PSL内服:12h前30mg+2h前30mg (紹介元医療機関での処置薬提供が必要) |
| | βブロッカー | <input type="checkbox"/> 高心拍(≥80)時コアベータ使用を許可 (β遮断薬過敏症、妊婦:禁忌 喘息:慎重投与) <input type="checkbox"/> ベータ遮断薬使用禁 |

| | | | |
|------------|---|----|--|
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> フォローアップ | 病名 | |
| 臨床診断・症状・経過 | | | |