|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  | | | 生年  月日 | 年　　　月 | | 日  （　　　才） |
| 氏名 | 男  　　　　　　　　　　　　　様　女 | | |
| [検査部位]  □頭部　　□中耳・内耳　□顔面　□眼窩　□副鼻腔　□頚部  □耳下腺　□顎下腺　　　□胸部（縦・肺）□心大血管□甲状腺  □肝・胆・膵　□腎・副腎　□骨盤　□肝～腎　□肝～骨盤  □腎～骨盤　　□脊椎（　　　　）　□その他（　　　　　　　） | | | | | | 体重  　　　　　Kg | |
| 臨床診断名 | | | | | | | |
| 検査目的 | | | | | | | |
| **＊以下の内容は必須項目です**  造影剤使用の可否  □造影可（造影剤の使用に同意済み）  □造影不可（造影剤の使用に不同意） | | [患者情報]**＊以下の内容は必須項目です**  ・移動　　　　 □歩行□車椅子□ストレッチャー  ・ペースメーカーICDの埋込金属（手帳持参ください）  　　　　　　　　□無　□有（　　　　　　　　　　）  ・造影剤検査歴　□無　□有（　　　　　　　　　　）  ・造影剤副作用　□無　□有（□発疹□嘔吐　　　　）  ・気管支喘息　　□無　□有（　　　　　　　　　　）  ・甲状腺疾患　　□無　□有（　　　　　　　　　　）  ・アレルギー　　□無　□有（　　　　　　　　　　）  ・腎機能　　　　□正常□異常  （eGFR：　　　BUN：　 　Cr：　　　　　　）  ・**ビグアナイト系糖尿病薬内服　　□無　□有**  　　（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・妊娠の可能性　□無　□有（　　　　　　　ヶ月） | | | | | |
| 備考  ※造影剤使用の可否が未記載の場合について  [患者情報]　気管支喘息、アレルギー、腎機能が未記載の場合、造影剤は使用しません。  [患者情報]　全てに記載がある場合、帯広厚生病院放射線科医師が造影剤の使用を判断しますのでご了承ください。 | |
| **帯広厚生病院処理欄**  検査日　　　　年　　　月　　　日　AM/PM 　　：  放射線科医師指示欄  □P 　　 □３Phase 　　□３D作成  □CE　 　□P(肝)+CE　　　□３DCTA  □P+CE　 □Shadow thin　 □HRCT  □前処置　　無　　有（　　　　　） | | | **＊ビグアナイド系糖尿病薬について**  内服している場合  　□48時間前に内服を止める  □48時間前に内服を止めない  　指示医 | | | | |

**CT検査依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　帯広厚生病院放射線科外来　2020年5月改訂

帯広厚生病院　放射線外来　2017年2月作成