CT検査共同利用申込書

（依頼先）　　依頼日:　　年　　月　　日

送信先　：　**渡辺胃腸科外科病院　地域医療連携室**

FAX番号　：　**086－525－2556**　受付時間:　**平日 9:00～18:00　土曜日 9:00～13:00**

（依頼元医療機関）

医療機関名 ：

所　在　地 ：　　電話番号:

医　師　名 ：　　FAX番号:

＊下記患者様について、CT検査の利用を申し込みます。

なお、検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、貴院に一任します。

フリガナ		性 別	☐ 男　☐ 女
氏 名		生年月日	年　月　日
		年 齢	歳
住 所	〒	市	
電話番号		携帯番号	
検査目的			

検査部位	☐ 頭部　☐ 胸部　☐ 腹部（☐ 全腹部　☐ 上腹部　☐ 下腹部）
	☐ その他　（　　）
	☐ 単純
	☐ 造影
	☐ ダイナミック（3相）　☐ 1相
	・造影剤使用歴 ☐ なし ☐ あり
	・糖尿病 ☐ なし ☐ あり（内服薬:　　）
	・気管支喘息 ☐ なし ☐ あり ※ 5年以内の発作、現在治療がない場合は「なし」へ
	・クレアチニン　　mg/dl ・eGFR　　ml/min ※eGFR値が35以下の場合は造影不可
	検査日　　年　　月　　日　※3ヶ月以内

画像CDR　☐ 郵送　☐ 当日患者様へお渡し

※読影結果は後日FAX郵送します（平日で1～2日後に到着します）

希望日時　※検査枠は月～土の9:00～17:00　予約は30分単位

☐ いつでもよい

☐　　年　　月　　日　（　　）　☐ 午前　☐ 午後

渡辺胃腸科外科病院　地域医療連携室　直通

FAX 086-525-2556　TEL 086-525-2553