

造影 CT 検査申込書 兼 診療情報提供書

申込日

20 年 月 日

2026年8月改訂

FAX用

地域医療連携室(0955-46-2160)へFAX をお願いします。

検査の希望日				医療機関名			
① 第一希望 月 日() 時 ④ いつでも可				所在地			
② 第二希望 月 日() 時 ⑤ その他()				TEL/FAX			
③ 第三希望 月 日() 時				医師名 印			
フリガナ				年	男・女	電話番号	
患者氏名				生年月日	月 日()	身長	cm 体重 kg
住所							
検査部位							
検査目的							
既往歴							

ヨード過敏症	有・無	「有」の場合は、造影不可です。単純検査にて放射線科への予約をお願いします。
重篤な甲状腺疾患	有・無	「有」の場合は、造影不可です。単純検査にて放射線科への予約をお願いします。
造影剤アレルギー	有・無	「有」の場合は、慎重投与です。
気管支喘息	有・無	検査申込書ではなく、診療予約申込書をご利用いただき、当院外来担当医宛にご紹介をお願いします。
ビグアナイド系糖尿病薬	有・無	「有」の場合は、検査前2日・当日・検査後2日、計5日間の休薬をお願いします。

◆採血結果 有・無 「有」の場合は採血結果を添付ください。

eGFR値		血清クレアチニン値		採血日	年 月 日
-------	--	-----------	--	-----	-------

※ eGFR値:30未満は、造影不可です。単純検査にて放射線科への予約をお願いします。

◆撮影画像 【 CD-R ・ フィルム ・ 不要 】 ※CD-R・フィルムは、検査終了後、患者様にお渡しします。

◆結果説明 【 申込施設 ・ 伊万里有田共立病院 】 ※「申込施設」の場合は、読影結果を送信します。