

# 診療情報提供書

秩父市立病院

科宛

秩父市立病院・MRI室 FAX:25-5018

## CT依頼書

病院・医院

依頼医師名

患者氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者TEL: \_\_\_\_\_

画像提供 (返却不要)

放射線科医読影依頼の要否

【CD 又は フィルム】

【要 ・ 不要】

### 臨床診断

紹介目的・既往・家族歴・症状経過・検査結果・現在の処方などを記載して下さい。

-----  
-----  
-----  
-----

### 検査部位(部位詳細) \* 必ず記載して下さい。

頭部( ) 頸部( ) 胸部( ) 腹部( )  
骨盤部( ) 脊髄( ) 四肢( )  
その他( )

※ Thin slice画像 【 要 ・ 不要 】

造影の有無 【 有 ・ 無 】

○ 造影検査をされる方の

※喘息と診断された事がある方は造影検査不可

・アレルギーの有無 【 有 ・ 無 】

・e-GFR値【 \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup>】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日測定(3ヶ月以内)

・糖尿病薬の服用の有無 【 有 ・ 無 】 糖尿病薬名【 \_\_\_\_\_ 】

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、検査前後2日間休止して頂きます

撮影方法(ご希望があれば、詳しくご記載して下さい。)

\* この用紙に書き込み折り返しFAXを送ってください。