**CT検査依頼票**

**（宛先）**

（様式４）

**名古屋市立　西部医療センター**

**（地域医療連携室）**

**FAX番号（052）991－8161**

**依頼機関**

**医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関連絡スタッフ名**

**TEL　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　依頼日　令和　　　年　　　月　　　日**

**FAX 　0568-25-2120　　依頼日：令和　　年　 月 　 日**

依頼医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　 　　　先生

ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　予約日：平成 　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名  連絡先：　 　　　－　　　 　－ | | | 男女 | 明治・大正・昭和・平成・令和  　 　年　　　月　　 　日 |
| 住所 | | | | |
| **【※造影検査は午前のみです】**  希望検査日 | **①　妊娠の有無：　有・無**  第１希望：　　　月　　　日（　　　）ＡＭ　　　　　　ＰＭ | | | |
| 第２希望：　　　月　　　日（　　　）ＡＭ　　　　　　ＰＭ | | | |
| **希望検査部位**  ア　頭部 　　イ　頸部　　　ウ　胸部  エ　上腹部　 オ　下腹部（骨盤部）  カ　その他  **キ　インプラントの為の撮影（自費）** | | ※必ずチェックをお願いします。  □　被ばくに関する説明を行いました**。** | | |
| **（必要により、撮影部位を図示してください。）** | | |
| **撮影方法：**単純 　 単純＋造影 | |

**※10歳未満の方は、小児科へご依頼ください。**

**※ 造影検査の場合、ご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **②ｸﾚｱﾁﾆﾝ**　　　　　mg/dl **eGFR**　　　　ml/min/1.73m3 **採血日** 　年 月　　 日  **(eGFR30未満は造影できません。採血日1年以上前の場合、改めて血液検査を行ってください。)** | |
| **③ﾖｰﾄﾞ造影剤ｱﾚﾙｷﾞｰ** 　無 ・ 有 ・ 不明 | **④他のｱﾚﾙｷﾞｰ**　　無　・　　有  **内容：** |
| **⑤喘息、甲状腺機能不全**　　無 ・ 有 |
| **⑥ﾒﾄﾎﾙﾐﾝ糖尿病薬内服**　　　無 ・ 有  **(例：メルビン、メディット、グリコラン、メトリオン、ネルビス、メトホルミン塩酸塩錠)** | |

地域医療連携室直通　052-991-8145

**①－⑥が”有”の場合、検査は一部で困難です。連携室より確認の電話をさせて頂きます。**

