

検査希望日	検査日
平成 年 月 日 ( )	平成 年 月 日 ( )
平成 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分
平成 年 月 日 ( )	

# X線 CT

## 検査依頼票

フリガナ		男・女	貴院名	医師名
被検者氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日：年令 歳		住所	TEL
保 険	主 保 険	健保・自賠・労災・自費・その他	本人・家族	保険者番号
	記 号	番 号	被保険者氏名	
	公費種類	乳児・子供・障害・母子・傷・高齢-老人( 割)・特定・他( )		
	負担者番号	受給者番号		

\* 保険証コピーをFAXでいただく場合は、保険欄の記入は不要です。

豊田地域医療センター カルテNo. \_\_\_\_\_

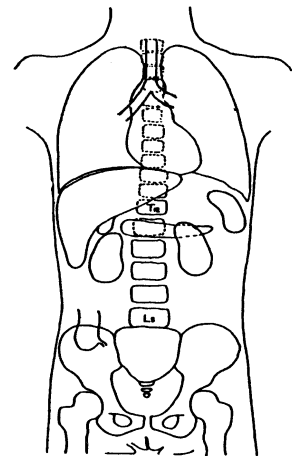
太枠内の記入をお願いします。

検査目的 1. スクリーニング検査 ・ 2. 経過観察 ・ 3. 精密検査 ・ 4. 他 ( )

検査部位 ① 頭蓋内[ OM・SM その他( ) ]      ② 顔面・副鼻腔  
 ③ 眼窩      ④ 錐体骨(中耳) ⑤ 頸部      ⑥ 脊椎[ 頸・胸・腰・仙 ]  
 ⑦ 胸部      ⑧ 心臓      ⑨ 大血管      ⑩ 胸 - 上腹部  
 ⑪ 上腹部[ 肝・胆・膵・腎 ]      ⑫ 上腹部 - 骨盤部 ⑬ 骨盤部  
 ⑭ 他[ ]

臨床診断 [ 疑 ・ 確 ]

診療情報



ペースメーカー等( 有 (型式) )・ 無 )

同部位の前回検査 [ 無・有 ( CT・MRI 年 月 日 ) ]

造影検査 [ 必要 ・ 不要 ・ 禁忌 ]

腎機能検査 [ 未・結果待ち・BUN( mg/dl ) Cr( mg/dl ) 実施日( 月 日 ) ]  
 体重 [ kg ] 妊娠 [ 無・疑・有( ヶ月 ) ] 感染症 [ 無・有( ) ]

ID	造影剤名 ( ml)	Copy ( 有 ・ 無 )
撮影条件	kV mAs	Film枚数 枚 技師名

# 造影検査問診票

以下の質問にお答えください。

- アレルギー体質と言われたことやアレルギー性の病気にかかったことがありますか。  
「いいえ」 「はい」  
・気管支ぜんそく ・アレルギー性鼻炎  
・発疹 ・じんましん  
・その他 ( )
- 今までに薬や食べ物で発疹が出たことがありますか。  
「いいえ」 「はい」  
・薬 ( ) ・食べ物 ( )
- 腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか。  
「いいえ」 「はい」
- 甲状腺疾患にかかったことがありますか。(MRIの造影検査は除く)  
「いいえ」 「はい」  
・甲状腺機能亢進症  
・その他 ( )
- 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。  
(MRIの造影検査は除く)  
「いいえ」 「はい」  
・CT ・MRI ・血管造影  
・尿路造影(DIP) ・胆のう造影(DICなど)  
・その他 ( )

※「はい」と答えた方へ

その時何らかの副作用がありましたか。

- 「いいえ」 「はい」
- ・吐き気 ・嘔吐 ・発疹
  - ・かゆみ ・くしゃみ ・呼吸困難
  - ・その他 ( )

主治医から造影検査の説明を受け診断や治療に必要な検査であることを理解して  
いただいて検査を受けることに同意されますか。

「はい」

「いいえ」

平成 年 月 日

氏名 (自署)

(あるいは代理人氏名

注) 必ずお読みください。

造影検査終了後は十分な水分(お茶等)をとってください。また、ごくまれに検査  
が終わって数時間から数日間に「発疹」「悪心」「発熱」等が出ることがあります。  
そのような場合はすぐに来院されるか電話での連絡をお願いします。

