

紹介患者様CT検査予約申込書

医療機関名： _____

紹介医師名： _____ 先生

紹介患者様情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名	(旧姓)	男・女	M T S H 年 月 日	
住所	〒 _____ TEL () _____			

検査希望部位 (造影剤使用希望： なし・あり)

部位： 頭部・胸部・腹部・骨盤部・その他 ()

造影剤使用希望「あり」のとき

CRE _____ (eGFR _____) BUN _____

検査希望日

月 日 曜日 時 分～

備考

ペースメーカー なし・あり 喘息 なし・あり
 糖尿病治療薬内服 なし・あり (内服薬名 _____)

※ビグアナイト系糖尿病治療薬を服用されているときは、検査前日から検査後48時間は、服用を中止していただきます。

送信者様氏名

※本書と一緒に、診療情報提供書を送信してください。