

## 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。