

※ 診察予約の際には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

〒 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター
FAX : (06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

《 C T 》 予約依頼票

申込日 年 月 日

【依頼元】 医療機関名： _____ 診療科： _____
 医 師 名： _____
 所 在 地： _____
 TEL： _____ FAX： _____

<p>患者様の予約回答待ち状況</p> <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅されている
--

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日	男 女
	(旧姓)		昭・平・令 (歳)	
住 所 電話番号	〒 - - Tel. - -			
紹介目的	<p>次項の「検査前のチェックリスト」記入の上、同時提出を！ 依頼内容・撮影部位（主訴・病名・病状）等の紹介目的を下記に記載ください。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			
当院への受診歴	(有・無) 受診科； _____ 診察券番号； - -			
希望受診日	① 月 日、 ② 月 日、 ③ 月 日 or 希望曜日(曜日)			

➤ 検査予約の場合： 次項の依頼項目にチェックください

※ 診察予約の場合には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

検査前のチェックリスト（必須！ 予約時に同時 FAX 提出）

患者氏名： _____

CT 検査 [単純、 造影]

部位：(頭部、 頸部、 胸部、 腹部、 脊椎・脊髄 (部位 _____))、
 関節・骨軟部 (部位 _____)

* 撮影範囲や撮影条件は依頼内容に応じて放射線科で判断させていただきます。

・妊娠の可能性 あり なし

* 妊娠中は原則として CT 検査は行いません。

・ペースメーカー・ICD・CRTD（除細動機能付き） あり なし

* ペースメーカーの一部機種では、撮影範囲に含まれると誤動作する可能性があります。

患者様に検査時ペースメーカー手帳を持参させるようご指導ください。

機種が確認できない場合は、本体部分を除いて撮影します。

★ 造影 CT の場合以下の項目も必ず記入ください（必須）

・ヨード過敏症（造影剤アレルギー） あり なし

* 過敏症の既往がある場合、造影検査はできません。

・気管支喘息（1 年以内に発作・治療を要した場合） あり なし

* 活動性の気管支喘息の患者では原則造影禁忌です。

・重篤な甲状腺疾患 あり なし

* 未治療の甲状腺機能亢進症ではクリーゼになる可能性があります。

・腎機能（eGFR）検査結果（概ね 3 ヶ月以内）

eGFR _____ mL/min/1.73m² 血清クレアチニン _____ mg/dL 体重 _____ kg

* 造影検査前には必ず腎機能を確認ください。

造影検査前の脱水は腎機能に悪影響を与えます。水分摂取を促してください。

* eGFR < 45 mL/min/1.73m² の場合には単純 CT をご依頼ください。

・ビグアナイド系血糖降下剤の使用 あり なし

* eGFR < 60 mL/min/1.73m² の場合は一時休止（検査後 48 時間）をご指導ください。

※ 当日の安全確認により、単純撮影に変更させていただく場合があります。

* 折り返し、FAX にて「予約回答書」、「検査申込書」などの必要書類を返信させていただきます。
 受付時間：《平日》午前 8 時 45 分～午後 7 時 30 分、《土曜日》午前 8 時 45 分～午前 12 時
 《日曜日・休日》受け業務なし TEL: (06) 6480-7720（直通）

なお、FAX は 24 時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。

* 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」をご持参ください。