

土庫病院 CT 検査予約依頼書

下記必要事項を漏れなく
ご記入いただき、土庫病院
相談連携室へ FAX 下さ
い。

貴院名	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師氏名	

ふりがな											生年月日				性別	
患者氏名											年	月	日生	男・女		
											(歳)					
患者住所	〒															
	TEL () -															
保険者番号									公費負担者番号							
記号				番号					公費受給者番号							
被保険者との続柄					本人・家族					当院受診歴			無・有			

★検査部位

- ☐ 頭部 CT
☐ 頸部 CT
☐ 胸部 CT
☐ 上腹部 CT ☐ 上下腹部 CT ☐ 下腹部 CT

★依頼目的

今回対象となる疾患名【 】

スクリーニング フォローアップ

(胃 大腸) 術前の精査目的

(胃 大腸) 術後の精査目的

【頭部】 …吐き気 めまい 頭痛 頭部外傷 頭部打撲
麻痺 四肢のしびれ 違和感 脳出血の疑い 高血圧
脳梗塞の疑い

【胸部】 …胸痛 胸水 気胸 肺気腫 発熱

【腹部】 …腹痛 吐き気 HCG 食欲不振 体重減少 便秘
急性腹症 下痢 転移の精査 化学療法

★造影剤使用の有無

- ☐ 単純 ☐ 単純+造影 ☐ 造影

※通常は造影剤注入開始 120 秒後からスキャンする平衡相だけ
となります。それ以外のタイミングが必要の場合は下記から選
択してください。

☐ 動脈相 (約 40 秒後) のみ

☐ 静脈相 (約 90 秒後) のみ

☐ ダイミックス [動脈相 (40 秒) + 静脈相 (90 秒) + 平衡相 (180 秒)]

★画像構築について

※通常は Axial 画像だけとなりますので、それ以外の画像構築
が必要な場合は下記の項目に ☒ 印を付けて下さい。

- ☐ コーナル ☐ サジタル ☐ 3D ☐

★主病名に糖尿病はありますか？

- ☐ ありません ☐ 糖尿病あり

★ビグアナイド系糖尿病薬の服薬確認

- ☐ 服薬していません
☐ 服薬あり (薬品名)

※服薬している場合はいずれかを選択して下さい。

☐ 検査前 48 時間および検査後 48 時間の休薬が必要

☐ 服薬しているが、休薬の必要なし

希望日				都合の悪い日				予約に関する特記事項			
①	年	月	日 () 午前・午後								
②	年	月	日 () 午前・午後								

※お問い合わせは 土庫病院 相談連携室 TEL : 0745-53-5471 (代) / FAX : 0745-53-5599 (直)