|  |
| --- |
| **診療情報提供書　兼　ＣＴ撮影申込書** |
| ＣＴ検査用 | 予約連絡先 | TEL 0987-72-1236(放射線科直通)FAX 0987-72-1332御申し込みは、平日8:30～17:15 |
| 串間市民病院　宛 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日医療機関名医師氏名 ㊞住所電話番号ＦＡＸ番号 |
| 患者氏名等 | ID(当院使用欄) |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　　 年　　 月　　 日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 保険者番号 |  | 記号番号 |  |
| 今までに串間市民病院を受診したことが　[ ] ある　[ ] ない |
| 予約日時(FAX前にご確認ください) |  年 月 日 時 分※あくまで予定時刻であり、当日の外来状況により遅れる場合があります。 |
| 診断名 |  |
| 経過及び紹介目的 |  |
| 検査部位 | [ ] 頭部　[ ] 頚部　[ ] 胸部　[ ] 腹部　[ ] 骨盤　[ ] 脊椎（[ ] 頸椎　[ ] 胸椎　[ ] 腰椎）　[ ] 四肢（[ ] 上肢　[ ] 下肢）　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問診 | **※造影ＣＴをご依頼になる場合に、以下の問診をご記入ください。**体重(　　　　　　　　kg) クレアチニン値( )１．造影剤注射を用いた検査を受けたことが [ ] ある　[ ] ない ある場合、検査中、検査後の副作用の有無　[ ] ある　[ ] ない [ ] 吐き気　[ ] 嘔吐　[ ] 蕁麻疹　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　）２．腎臓病の既往 [ ] ある　[ ] ない３．アレルギーの有無 [ ] ある　[ ] ない ある場合 症状 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 薬 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 食べ物 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４．喘息の既往 [ ] ある　[ ] ない５．妊娠または妊娠の可能性 [ ] ある　[ ] ない６．糖尿病の有無 [ ] ある　[ ] ない７．服用中の禁忌薬（以下の糖尿病の薬の服用をされていませんか？） |
| [ ] メルビン錠250mg | [ ] グリコラン錠250mg | [ ] メデット錠250mg |
| [ ] ネルビス錠250mg | [ ] メトリオン錠250mg | [ ] ﾒﾄﾎﾙﾐﾝ塩酸塩錠250mg「ﾄｰﾜ」 |
| [ ] ジベトス錠50mg | [ ] ジベトンＳ腸溶錠50mg | [ ] 塩酸ﾌﾞﾎﾙﾐﾝ錠50mg「ﾐﾀ」 |

備考 FAXを送付される前に、お電話にて予約日時をご確認ください。

予約の変更、キャンセルは検査前日までにお電話にて必ずご連絡ください。

当日は朝絶食でご来院ください。水分はとっていただいても構いません。

この検査申込書に記載されている個人情報は、検査目的以外には利用いたしません。