|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | 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。