

# 医療機器共同利用申込書(CT検査用)

依頼日 年 月 日

紹介元医療機関名					<b>検査予約日</b>				
所在地					第一希望	年	月	日	曜日
電話番号		FAX							
担当医師名					第二希望	年	月	日	曜日

## 患者情報記入欄

<b>依頼患者名</b>		性別	生年月日
フリガナ		男・女	M・T・S・H・R
氏名			年 月 日(満才)
住所	〒 電話番号( ) -		
<b>主訴</b>		<b>検査依頼目的</b>	
感染症	有・無 (HB抗原・HCV・ワ氏)	薬剤アレルギー	有・無 ( )
妊娠	有・無		

## 検査項目記入欄

<b>検査依頼</b>	CT検査		
<b>造影区分</b>	単純	・	造影
<b>検査部位</b>	<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 骨 盤 <input type="checkbox"/> 胸 部 ( 心臓 ・ 肺 ) <input type="checkbox"/> 脊 椎 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ) <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 四 肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※造影される場合、ビグアナイド系糖尿病薬、腎機能(血清クレアチニン)が問題 となりますのでチェック下さい。  
 造影CT検査、を受けられる方におきましては別紙の同意書が必要となります。

## 造影剤使用時確認項目

ビグアナイド系糖尿病薬使用	有 ・ 無	薬品( )
血清クレアチニン	mg/dL	採血日( 年 月 日 )

## 検査結果 (検査結果は郵送にてお送り致します)

納品期日	通常 (平日で一週間後に到着) ・ 至急 (CD-Rのみのお渡し。平日で2、3日程で到着)
納品形態	<input type="checkbox"/> CD-R、レポート <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レポート

お問い合わせ



医療法人社団 東京ハートサミット  
**東京心臓不整脈病院**  
 Tokyo Heart Rhythm Hospital

TEL:03-3638-2301 FAX:03-3638-2305

予約受付時間

平日(月～金曜日) 8:30～17:00