

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					検査予約日				
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

依頼患者名		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() -	
主訴		検査依頼目的		
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

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

※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