

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		第二希望	年	月	日 曜日
担当医師名						時	分

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	
妊娠	無 ・ 有	薬剤アレルギー	無 ・ 有 ()

検査項目記入欄

検査依頼	CT検査		
検査区分	単純 ・ 造影		
検査部位	<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）が重要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	無 ・ 有	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