

# CT 検査依頼書

## 【検査をうけられる方へのご注意】

- ◎ 検査当日は、保険証と依頼書を必ずご持参の上、予約時間の 30 分前までに受付カウンターにて受付をお済ませください。（予約時間までにおいでいただけない場合はお待ちいただく事がありますのでご了承ください。）受付後は職員がご案内いたします。
- ◎ 造影剤を用いた検査を受けられる場合は以下の点にご注意ください。
  - ・ 検査時間が午前中の方は朝食を、午後の方は昼食を摂らずにお越しください。常用薬は内服していただいて結構です。（但し、糖尿病の方は主治医の先生にご相談ください。）
  - ・ お水やお茶の制限はありません。検査当日は十分量の水分を摂ってください。（但し、飲水量に制限のある方は主治医の先生にご相談ください。）
  - ・ 検査を始める前に医師もしくは看護師により、ご記入いただいた用紙をもとに問診を行います。造影剤およびその他の薬物によるアレルギーや気管支喘息をお持ちの方は、造影検査を施行できない場合もありますのでご了承ください。
  - ・ 造影剤を用いる検査には患者様の同意が必要です。来院後にお渡しする説明書をお読みいただいた後、同意書へのご署名をお願いいたします。
- ◎ 検査に関するお問い合わせは しまばら病院受付 (075-371-3232 : (月～土曜) 午前 9 時～午後 5 時) までお願いいたします。

## 【主治医の先生へのお願い】

- ◎ 予約制の検査となりますので、しまばら病院受付 (075-371-3232 : (月～土曜) 午前 9 時～午後 5 時) にてご予約をお願いいたします。
- ◎ お手数ですが、依頼書の必要事項につきご記入をお願いいたします。
  - ・ 検査部位、造影の有無、臨床診断名、検査目的は必ずご記入ください。
  - ・ 造影検査をご依頼される場合は腎機能検査（血清クレアチニン値）の結果をご記載ください。
  - ・ これまで造影剤やその他の薬剤によるアレルギーの既往がある場合、必ずご記入ください。  
→腎機能が低下している方、喘息治療中の方、造影剤アレルギーの既往のある方について、安全のため造影検査をお断りする場合がありますのでご了承ください。
  - ・ ビグアナイド薬（一般名：メトホルミン、ブホルミン、商品名：メルビン、グリコラン、メドック、ジベトス等）を御処方いただいている患者様は検査の2日前から、検査の2日後までの合計5日間の休薬をお願いします。
  - ・ これまで心臓カテーテル検査などを施行されている場合は、検査所見をご記載いただければ幸いです。
- ◎ 検査前3日間はバリウムを用いた検査を施行しないでください。
- ◎ 検査に関するお問い合わせ、予約の変更・中止などについてはしまばら病院受付までお願いいたします。

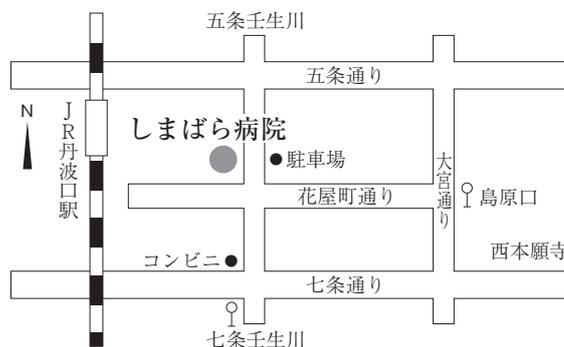
〒600-8821

京都市下京区小坂町7-4

医療法人 令寿会 **しまばら病院**

TEL 075-371-3232 (代表)

FAX 075-371-3300



# CT検査依頼書(御依頼先様控え)

ID	検査日時 年 月 日( )午前・午後 時 分		
フリガナ	医療機関名・診療科		
氏名	男 女	主治医	
T・S・H	年 月 日生 歳	電話番号 ( ) -	
身長	cm	体重	kg
【検査部位(種別)】		【患者移動】	【アレルギー】
<input type="checkbox"/>	CT(axial main)	<input type="checkbox"/>	CTA(CTangio)
<input type="checkbox"/>	単純	<input type="checkbox"/>	造影のみ
<input type="checkbox"/>	造影	<input type="checkbox"/>	単純(axial)も
<input type="checkbox"/>	両方	【臨床診断名】	
<input type="checkbox"/>	頭部	<input type="checkbox"/>	心臓(coronary)
<input type="checkbox"/>	頭蓋骨	<input type="checkbox"/>	心臓(Bypass)
<input type="checkbox"/>	頸部	<input type="checkbox"/>	胸部大動脈
<input type="checkbox"/>	甲状腺	<input type="checkbox"/>	腹部大動脈
<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	胸・腹部大動脈
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部	<input type="checkbox"/>	頸部～下肢血管
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部・上腹部	<input type="checkbox"/>	腹部～下肢血管
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部・全腹部	<input type="checkbox"/>	下肢血管
<input type="checkbox"/>	胸部・上腹部	<input type="checkbox"/>	肺動脈・大血管
<input type="checkbox"/>	胸部・全腹部	<input type="checkbox"/>	深部静脈血栓
<input type="checkbox"/>	上腹部	<input type="checkbox"/>	脳血管
<input type="checkbox"/>	下腹部(骨盤部)	<input type="checkbox"/>	頸部血管
<input type="checkbox"/>	全腹部	<input type="checkbox"/>	胸部
<input type="checkbox"/>	肝臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	泌尿器系
<input type="checkbox"/>	膵臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	肝臓・胆道(原発)
<input type="checkbox"/>	腎臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	肝臓・胆道(転移)
<input type="checkbox"/>	脊椎(骨)	<input type="checkbox"/>	膵臓・胆嚢
<input type="checkbox"/>	四肢	<input type="checkbox"/>	門脈
		【造影CT(CTA)の方】	クレアチニン( )mg/dl ※データがない場合当院で検査します
		心臓CTA時のβ遮断薬使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 禁	
		【手術歴・既往歴】	
		【検査目的・現病歴】	

(御依頼先様控え)



新生十全会グループ

医療法人 令寿会

## しまばら病院

〒600-8821 京都市下京区小坂町7-4 (五条壬生川下ル)

TEL.075-371-3232(代)

FAX.075-371-3300

# CT検査依頼書(照射録)

ID		検査日時 年 月 日( )午前・午後 時 分			
フリガナ		医療機関名・診療科			
氏名		男	女	主治医	
T・S・H		年	月	日生	歳
身長		cm	体重	kg	
		<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	【造影CT(CTA)の方】
【検査部位(種別)】		<input type="checkbox"/> 独歩(付き添い)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	クレアチニン( )mg/dl
<input type="checkbox"/>	CT(axial main)	<input type="checkbox"/>	CTA(CTangio)		*データがない場合当院で検査します
<input type="checkbox"/>	単純		造影のみ		心臓CTA時のβ遮断薬使用
<input type="checkbox"/>	造影		単純(axial)も		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 禁
<input type="checkbox"/>	両方				
<input type="checkbox"/>	頭部	<input type="checkbox"/>	心臓(coronary)	【臨床診断名】	
<input type="checkbox"/>	頭蓋骨	<input type="checkbox"/>	心臓(Bypass)	【手術歴・既往歴】	
<input type="checkbox"/>	頸部	<input type="checkbox"/>	胸部大動脈	【検査目的・現病歴】	
<input type="checkbox"/>	甲状腺	<input type="checkbox"/>	腹部大動脈		
<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	胸・腹部大動脈		
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部	<input type="checkbox"/>	頸部～下肢血管		
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部・上腹部	<input type="checkbox"/>	腹部～下肢血管		
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部・全腹部	<input type="checkbox"/>	下肢血管		
<input type="checkbox"/>	胸部・上腹部	<input type="checkbox"/>	肺動脈・大血管		
<input type="checkbox"/>	胸部・全腹部	<input type="checkbox"/>	深部静脈血栓		
<input type="checkbox"/>	上腹部	<input type="checkbox"/>	脳血管		
<input type="checkbox"/>	下腹部(骨盤部)	<input type="checkbox"/>	頸部血管		
<input type="checkbox"/>	全腹部	<input type="checkbox"/>	胸部		
<input type="checkbox"/>	肝臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	泌尿器系		
<input type="checkbox"/>	膵臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	肝臓・胆道(原発)		
<input type="checkbox"/>	腎臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	肝臓・胆道(転移)		
<input type="checkbox"/>	脊椎(骨)	<input type="checkbox"/>	膵臓・胆嚢		
<input type="checkbox"/>	四肢	<input type="checkbox"/>	門脈		
管電圧	120 / 135	KV	使用フィルム	CT フィルム半切	× 枚
管電流×時間	AUTO /	mAs	使用薬品	<input type="checkbox"/> オプチレイ 320	ml シリンジ× 本
CT No.				<input type="checkbox"/> オムニパーク 350	ml シリンジ× 本
DVD No.				<input type="checkbox"/> ミオコールスプレー	PUFF
技師サイン				<input type="checkbox"/> 生理食塩水	ml × V

(しまばら病院控え)



**医療法人 令寿会**  
**しまばら病院**

〒600-8821 京都市下区小坂町7-4 (五条壬生川下ル)  
TEL.075-371-3232(代)  
FAX.075-371-3300

# CT検査依頼書

ID	検査日時 年 月 日( )午前・午後 時 分				
フリガナ	医療機関名・診療科				
氏名	男	女	主治医		
T・S・H	年	月	日生	歳	電話番号 ( ) —
身長	cm	体重	kg	FAX ( ) —	
<b>【MEMO】</b>					
<b>【検査部位(種別)】</b>					
<input type="checkbox"/>	CT(axial main)	<input type="checkbox"/>	CTA(CTangio)		
<input type="checkbox"/>	単純		造影のみ		
<input type="checkbox"/>	造影	<input type="checkbox"/>	単純(axial)も		
<input type="checkbox"/>	両方				
<input type="checkbox"/>	頭部	<input type="checkbox"/>	心臓(coronary)		
<input type="checkbox"/>	頭蓋骨	<input type="checkbox"/>	心臓(Bypass)		
<input type="checkbox"/>	頸部	<input type="checkbox"/>	胸部大動脈		
<input type="checkbox"/>	甲状腺	<input type="checkbox"/>	腹部大動脈		
<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	胸・腹部大動脈		
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部	<input type="checkbox"/>	頸部～下肢血管		
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部・上腹部	<input type="checkbox"/>	腹部～下肢血管		
<input type="checkbox"/>	頸部・胸部・全腹部	<input type="checkbox"/>	下肢血管		
<input type="checkbox"/>	胸部・上腹部	<input type="checkbox"/>	肺動脈・大血管		
<input type="checkbox"/>	胸部・全腹部	<input type="checkbox"/>	深部静脈血栓		
<input type="checkbox"/>	上腹部	<input type="checkbox"/>	脳血管		
<input type="checkbox"/>	下腹部(骨盤部)	<input type="checkbox"/>	頸部血管		
<input type="checkbox"/>	全腹部	<input type="checkbox"/>	胸部		
<input type="checkbox"/>	肝臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	泌尿器系		
<input type="checkbox"/>	膵臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	肝臓・胆道(原発)		
<input type="checkbox"/>	腎臓 Dynamic	<input type="checkbox"/>	肝臓・胆道(転移)		
<input type="checkbox"/>	脊椎(骨)	<input type="checkbox"/>	膵臓・胆嚢		
<input type="checkbox"/>	四肢	<input type="checkbox"/>	門脈		
管電圧	120	/	135	KV	使用フィルム CTフィルム半切 × 枚
管電流×時間	AUTO	/		mAs	使用薬品 <input type="checkbox"/> オプチレイ 320 ml シリンジ × 本 <input type="checkbox"/> オムニパーク 350 ml シリンジ × 本 <input type="checkbox"/> ミオコールスプレー PUFF <input type="checkbox"/> 生理食塩水 ml × V
CT No.					
DVD No.					
技師サイン					

(しまばら病院控え)



**医療法人 令寿会**  
**しまばら病院**

〒600-8821 京都市下京区小坂町7-4 (五条壬生川下ル)  
TEL.075-371-3232(代)  
FAX.075-371-3300