CT検査　紹介状（診療情報提供書）

〈患者番号〉　　年　月　日

〈氏名〉

〈生年月日〉　〈性別〉

T·S·H·R　年　月　日　男 · 女

患者様電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介元
病院名
所在地
氏　名
電　話　　ＦＡＸ

下記①～⑥のご記載をお願いいたします。　　紹介元病院控用

①検査予約日時　月　日（　）　時　分
※予約時間の30分前にお越しください。
不具合等が発生しCT専用機にて検査が出来ない場合
☐ 予約変更し、専用機での検査希望
☐ PET-CT機による検査で実施可
（ご依頼内容によっては、PET-CT機による撮像を実施できない場合がございます。）

再診日（結果必要日）
月　日

②検査種別（必ずチェックして下さい）　☐ 単純のみ　☐ 単純＋造影

造影検査の方でアレルギーなどで造影剤を指定される場合は事前にご連絡下さい。
指定薬剤名 ：（　　）

造影検査の場合、必ずご記載ください。
※気管支喘息　☐無し　☐有り　有りの場合、造影検査はお受けいただけません(咳喘息は除きます)。

※腎機能測定　未実施の場合、当院にて測定させていただきます。
☐3ヶ月以内に実施（　年　月　日）　☐未実施
クレアチニン（　）mg/dl　または　eGFR（　）ml/min/1.73㎡

実施基準(eGFR30以上)を満たさない場合
☐検査中止
☐単純のみで実施

③検査部位　複数部位をご希望の場合は、すべてチェックして下さい。
☐頭部　☐顔面（☐副鼻腔・眼窩　☐側頭骨・聴器　☐歯・顎骨）
☐頸部（外耳孔～気管分岐部）　☐胸部　☐腹部　☐骨盤部
☐ その他部位 または 撮影指示（　）

④-1　主訴または傷病名

④-2　検査目的

⑤既往・手術歴、現在の処方、その他事項

⑥患者様の状況（必ずチェックして下さい）　☐ 下記いずれも該当なし
☐ 心臓ペースメーカー（メドトロニック社製）　☐ 植え込み型除細動器
☐ 妊娠初期（3ヶ月以内）または、その可能性　☐ αもしくはβ遮断薬の服用
☐ 糖尿病　☐ ビグアナイド系・糖尿病治療薬の服用 → 造影検査時、前後2日間の休薬　☐ 可　☐ 不可
上記に該当の方は、CT検査をお受けいただけない場合や造影検査をお断りする場合がございます。

腹部の検査及び造影検査の場合は絶食が必要となります。
検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、東名古屋画像診断クリニックの対応に一任します。

医療法人名古屋放射線診断財団
東名古屋画像診断クリニック　〒466-0815 名古屋市昭和区山手通2丁目7-7
0120-69-1714
TEL　052-746-0764
FAX　052-746-0860

2026.9