

平成 年 月 日

紹介状 (CT検査依頼用紙)

貴院控え
*太枠内は必ずご記入ください

紹介先	医療法人 敬和会 大分岡病院
	〒870-0192 大分市西鶴崎3-7-11
	TEL 097-522-3131 FAX 097-522-3777

紹介元	医療機関名	印
	医師名	

撮影予約日時	平成 年 月 日 時 分
Pt ID	CT EXAM No. 担当技師

患者氏名	性別 男・女
生年月日	M T S H 年 月 日

傷病名	紹介目的
-----	------

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方

造影剤

オムニパーク300シリンジ100ml	本
プロスコープ300シリンジ100ml	本

撮影条件

管電圧	kv	管電流	mA・Auto
slice厚	10mm・7mm・5mm・3mm・2mm・1.5mm・1mm・0.75mm		

造影剤注入条件

speed	ml/sec	total	ml	start	sec
speed	ml/sec	total	ml	start	sec

フィルム

単純	造影	自費
半切	枚半切	枚半切

単純・造影・放射線科判断 (岡病院)

[部位] 胸部 その他 ()

頭部 腹部

頸部 骨盤腔

[造影検査依頼のみ記入]

・Cre () mg/dl } (採血日 年 月 日)

・BUN () mg/dl }

・ヨード造影剤による検査の既往 (有・無・不明)

・過去の造影検査での副作用 (有・無・不明)

・アレルギー疾患の有無 (有・無・不明)

喘息, アトピー, 薬剤, 食物, その他 ()

<オープン検査手順>

① 放射線科へ電話にてご予約ください。

診療科	受付時間	直通電話
放射線科	8:30~17:30	097-522-2857

- ② 本紙(1枚目)は貴院控えとし、本紙以外(2枚目以降)を患者様へお渡しください。
- ③ 当日、患者様は「受付窓口」にお越しください。
- ④ 検査後、放射線科担当医が読影所見を作成しFAXにて御報告いたします。
- ⑤ 読影所見原本は、後日郵送いたします。

(患者様へ)

⑥ 当日、本紹介状(2枚目以降)、保険証を大分岡病院「受付窓口」に提示してください。

～カルテを準備しお待ちしております～

ご不明な点などございましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。 地域医療連携室 TEL 097-522-3131 FAX 097-503-6606 診断医
--