

CT検査(単純・造影)依頼用紙 兼 診療情報提供書

* 造影については、実施日の都合がありますので、先に御連絡下さい。

コープおおさか病院
院長 西上 喜房 殿

貴院名

 医師名

 貴院住所

 TEL: _____ FAX: _____

【患者様基本情報】

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H・R		
患者名				年	月	日
住所		電話番号	()	—		

保険情報は保険証等のコピーでも構いません。

保険者番号		公費負担者番号							
記号・番号		受給者番号							
区分	国保・社保・後期高齢・他	本人・家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割					
予約希望日	第1希望	月	日 ()	第2希望	月	日 ()	() 希望日なし		
○現在治療中の病名									
○検査目的									
○撮影部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	→ 造影検査時のみ						
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 全腹部	・ 腎機能(3ヶ月以内):血清Cr値 _____ mg/dlまたはeGFR値 _____ ml/分/1.73m ² (当院では、eGFR値が30未満の場合は造影していません) ・ 造影剤アレルギーや喘息治療中の方は”禁忌”です。 ・ ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、 <u>検査前後48時間、投薬を中止してください。</u> なお、問診の内容により、当日の造影検査が単純検査に変更になる場合や、検査を中止する場合があります。						
○その他、留意事項等									

(検査結果・所見の送付について)

検査画像は、検査終了後にCD-Rにてご本人様にお渡します。
 検査所見は、結果が出来次第、FAX送信および郵送いたします。
 CT検査の結果所見の送付には、1～4日程度を要します。

(依頼の流れ)

- ① 本CT検査依頼用紙兼診療情報提供書に(造影の場合は問診票・同意書も)記入の上、FAXで申し込んで下さい。確認のために電話をいただければ幸いです。
 FAX 06-6914-1136 ☎ 06-6914-1126
- ② 地域連携室から予約表を送付(FAX)いたします。
- ③ 予約表・CT検査依頼用紙兼診療情報提供書(原本)・問診票(造影検査時)・同意書(造影検査時)を患者様にお渡しいただき、当日予約時間15分前に総合受付に提出していただくようお願い下さい。

○ 医療保険証等は当日ご持参いただくよう患者様にお伝え下さい。