

CT検査依頼/診療情報提供書										
＜予約手順＞										
① 本紙を記入後、お手数ですが当院へ検査時間ご調整のお電話をお願い致します。 (TEL：03-5670-3366)										
② 検査時間が確定しましたら、本紙へ記入後FAXにてご送信をお願い申し上げます。 (FAX：03-5670-3365)										
フリガナ				性別	○ 男性 ○ 女性					
受診者氏名				生年月日	年	月	日	歳		
受診者住所	〒									
電話番号(連絡先)	- -									
依頼医療機関名 医師名 所在地	〒									
	TEL				FAX					
検査予約日時	年 月 日 () 時 分									
検査部位 複数選択可	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部(骨盤) ☐ 四肢 ☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎									
造影CT希望の有無	○ あり ○ なし			読影希望の有無		○ あり ○ なし				
検査目的	読影依頼内容									
	撮影方法詳細									
	その他依頼事項									
既往歴										
以下造影CT希望有の場合にご記載下さい										
直近の造影検査歴※1	年 月 日									
クレアチニン値	g/dL (年 月 日)									
アレルギー			項目 ()							
ビグアナイド内服の有無※2			ビグアナイド休薬指示日		年 月 日					
その他記載事項										
※1 当院では造影剤使用歴のない方は単純CTに変更させていただきますのでご了承ください。 ※2 ビグアナイドを内服している場合は検査前後2日間の休薬が必要です。										
立石駅前泌尿器・内科外科クリニック										
【お問い合わせ先】 〒124-0012 東京都葛飾区立石1-7-25 1F TEL： 03-5670-3366 FAX： 03-5670-3365										