



CT検査予約申込書 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先：県立広島病院	
〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5-54 患者総合支援センター (地域連携室)	
TEL	082-252-6241
FAX	082-252-6240

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
氏名	⑧
TEL	
FAX	

紹介患者情報										
ふりがな							生年月日	大・昭・平・令		
患者氏名								年	月	日 歳
当院診察券番号			—				性別	男・女		
住所	〒									
電話番号	(9:00～17:00に連絡可能な番号)									

※当院の診察券をお持ちの方は、当日ご持参ください。

検査内容 ○印をつけてください	単	純	部位	頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部 その他 ()
	造	影		※心臓CT (冠動脈含む) は前投薬が必要になる場合があるため、 まず当院循環器内科への紹介受診をお願いします。
心臓ペースメーカー または 埋め込み式除細動器の有無			あり・なし	検査希望日時
"造影あり" の場合	①	ヨードアレルギー	あり・なし	① 第一希望
	②	血清クレアチニン	(mg/dL)	月 日 () 時 分
	③	eGFR	(mL/分/1.73m)	② 第二希望
	④	気管支喘息	あり・なし	月 日 () 時 分
	⑤	痙攣の既往	あり・なし	
	⑥	重篤な甲状腺疾患	あり・なし	③ いつでもよい
紹介目的・傷病名・既往歴・症状・経過等				
.....				
.....				
.....				
.....				

※当日に別途紹介状を頂ける場合、この申込書は簡潔な記入で結構です。
 ※検査後のデータ受け渡しは、CD-R もしくは DVD-R となります。