※病院記入欄

ＩＤ		決定日時	

年　　月　　日

岩手県立中部病院（ＣＴ検査）予約申込票

医療機関名：

フリガナ 紹介患者氏名	様	電話	
生年月日	大正　昭和　平成　令和　　年　　月　　日		

第一希望　　月　　日　　午後	
第二希望　　月　　日　　午後	
造　　影	媒 体
有　・　無	ＣＤ－Ｒ

（希望の時間にそえない場合は、近い時間に予約を入れさせていただきます）

ペースメーカー・除細動器等の有無　　なし　・　あり（種類：　　）
※ありの場合は必ずデバイス手帳を持参ください
持続血糖測定装置の使用について　　なし　・　あり（撮影時に取り外す場合があります）

検査部位

１　頭　部	４　腹　部	７　その他
２　頸　部	５　骨盤部	備考
３　胸　部	６　四肢部	

造影検査に関する質問　（造影剤使用を申込の際は、下記項目を必ずご記入ください。）

１　造影剤を使った検査を受けたことがありますか。
　□　ない
　□　ある（　　頃、　　の検査）
　　その時は具合が悪くなりませんでしたか
　　□　なった　（吐き気・嘔吐・かゆみ・蕁麻疹・血圧低下・その他）
　　□　ならなかった

２　下記の疾患に、かかったことがありますか。
　□　ない
　□　ある
　　□　喘息**(造影剤禁忌)**　　□　花粉症　　□　アトピー
　　□　食べ物による蕁麻疹（　　）
　　□　その他のアレルギー性疾患（　　）
　　□　甲状腺の病気
　　□　心臓病
　　□　糖尿病　→ビグアナイド系糖尿病薬の服用　□　ない
　　□　ある（薬品名：　　）
　　※ビグアナイド系糖尿病薬(別紙参照)の服用がある場合は検査予約日の前後２日間(計５日間)休薬が必要です。

３　下記の検査のデータをお知らせください。
　□　腎機能検査(検査日　　年　　月　　日)
　※　腎機能検査をしていない場合は造影なしとなります。
　○　血清クレアチニン（　　mg/dℓ）
　○　ｅＧＦＲ（　　mL/min/1.73㎡）
　※　腎障害のある方はガドリニウム造影剤は使用できません。
　※　検査データの<u>有効期限は６ヶ月以内</u>です。

　□　感染症検査(検査日　年　　月　　日)
　○　ＨＢｓ　未　済（　＋　－　）
　○　ＨＣＶ　未　済（　＋　－　）
　○　ＴＰ　　未　済（　＋　－　）

○医療機関の皆様へ
※予約申込票へ希望日時等、必要事項を記入の上、診療情報提供書と共に紹介センター宛てにＦＡＸ送信をお願いします。
※当院から返信します検査予約票を患者さんへお渡しください。
※検査当日は、予約票、診療情報提供書、マイナンバーカードを持参にて来院するようお伝えください。
※予約日に来られない場合は早めにご連絡下さるようお伝えください。

岩手県立中部病院　紹介センター
TEL：0197-71-1518　FAX：0197-71-1881（紹介センター専用）
受付時間（月～金）ＡＭ８：３０～ＰＭ５：００（休日は除く）