

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	C D - 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

<input type="checkbox"/> 喘息(造影剤禁忌)	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> アトピー
<input type="checkbox"/> 食べ物による蕁麻疹（)
<input type="checkbox"/> その他のアレルギー性疾患（)
<input type="checkbox"/> 感染症（)
<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気		
<input type="checkbox"/> 心臓病		
<input type="checkbox"/> 糖尿病 → ビグアナイド系糖尿病薬の服用	<input type="checkbox"/> ない	
	<input type="checkbox"/> 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。
※他院からの処方をご確認をお願いします。

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/1.73m²）
※ 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。
※ 検査データの有効期限は6ヶ月以内です。

○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 F A X 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願いください。

※予約日に来られない場合は早めにご連絡下さるようお願いください。

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）