

CT

JCHO 下関医療センター

CT検査依頼・問診票

基本情報（必ず記載してください）

記入日	年	月	日
フリガナ	患者氏名	様	男 女
紹介元			

CT検査禁忌事項

女性の方で、妊娠されている方、妊娠の可能性のある方は、CT検査ができません。

妊娠なし、または妊娠の可能性なし



検査部位（必ず記載してください・✓および○を記してください）

- 頭部 頸部 胸部 腹部 胸腹部
- 脊椎（ 頸椎 胸椎 腰椎 ）
- 四肢（ 右 左 ）（部位 ）
- インプラント・歯科口腔外科
- その他（ ）

検査の種類

単純検査

造影検査



下記は造影検査時のみご記載ください。

腎機能（eGFR値）

★3ヶ月以内のデータを記載してください。

★eGFR値30未満では造影検査はできません。

造影剤の副作用歴

(なし) (あり)

【詳しく 】

喘息

(なし) (あり)

アレルギー

(なし) (あり)

【詳しく 】

禁忌薬剤

(なし) (あり)

【詳しく 】

糖尿病

(なし) (あり)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用

(なし) (あり)

【薬剤名 】

★ビグアナイド系糖尿病薬を服用している患者様は検査前後2日間は投与中止にしてください。

お忙しいところ大変お手数ですが、CT検査を安全に施行できるようご協力をお願いいたします。



FAX 083-228-0338（地域連携室）

ご記入後、この用紙をFAXで送信してください。