診療情報提供書 兼 CT検査依頼書

福岡歯科大医科歯科総合病院　放射線診断科

担当　先生御侍史

依頼元医療機関名

依頼医師名

電話番号

（ メール

フリガナ　：	生年月日:　　年　　月　　日
患者氏名：　　様	身　　長*：　　cm
	体　　重*:　　kg
性別　（ 男 ・ 女 ）	血清クレアチニン**　　mg/dl (単純CTでは記載不要)

*身長と体重は被ばく管理のために使用します

**透析中やeGFR30以下の方は造影検査ができません

傷病名	
紹介目的	
アレルギー/喘息　（　あり　なし　）	ペースメーカ/植え込み型除細動器（　あり　なし　）
体内金属/電子機器　（　あり　なし　）（製品名：　　）	妊娠/授乳中　（　あり　なし　）
現在の処方及び備考	

予約日時　　年　　月　　日（　　曜日）　　午前 ・ 午後　　時　　分

CT検査　☐ 単純のみ　☐ インプラントデンタスキャン　[インプラントのステント　あり　なし]

☐ 単純＋造影

☐ 造影

頭部顔面	☐ 頭部	☐ 副鼻腔	☐ 側頭骨	☐ 眼窩	
	☐ 上顎骨	☐ 上顎骨～下顎骨	☐ 下顎骨	☐ 下顎骨～頸部	
デンタスキャン	☐ 上顎骨	☐ 上顎骨～下顎骨	☐ 下顎骨		
頸部	☐ 頸部	☐ 頸部～胸部	☐ 頸部～上腹部	☐ 頸部～骨盤部	☐ 頸部～両下肢
胸部		☐ 胸部	☐ 胸部～上腹部	☐ 胸部～骨盤部	☐ 胸部～両下肢
腹部			☐ 上腹部	☐ 上腹部～骨盤部	☐ 上腹部～両下肢
骨盤部				☐ 骨盤部	☐ 骨盤部～両下肢
四肢	☐ 肩関節	☐ 肘関節	☐ 手関節	☐ 手指	
（みぎ・ひだり）	☐ 股関節	☐ 膝関節	☐ 足関節	☐ 足趾	
脊椎	☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 全脊椎	

* あらかじめお電話にて検査枠をご予約されてください
092-801-0411 (代表)　放射線診断科受付まで

*画像データはビューワーソフト付DICOMデータにてお渡しいたします

2021年5月更新