|  |  |
| --- | --- |
| ＩＤプリント**※必ず太枠内をご記入ください。** | 紹介医療機関名　塩竈市立病院 |
| 担当医先生宛  |
| 令和　　 年　 　月　 　 日  |
| 紹介元医療機関名 |
| 紹介・指示医師名 |
| 所在地 |
| 電話番号 |
| ＦＡＸ番号 |
| 患者氏名： |
| 生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　 　 　年　　 　月　 　　日 |
| 患者住所： |
| 傷病名 |
| 既往歴・家族歴 |
| 経過及び検査目的 |
| ※糖尿病治療薬を飲んでいる方は薬品名を記載してください。 |
| 体重　　　　　　　　　　kg | 予約日時　令和　　　年　　　月　　　日　　ＡＭ・ＰＭ　　　時　　　分　　 |
| 指示事項 | 撮影部位 | □造影剤の禁忌事項確認 |
| □単純ＣＴ（61402) | 頭部　・　頚部　・　頚椎　・　胸部　・　腹部　・　骨盤部 |
| □造影ＣＴ(61405) | 胸椎　・　腰椎　・（右/左）肩関節　・（右/左）股関節　 | 確認医師署名 |
| □ＤＩＣ－ＣＴ | 四肢( 　　　 ) |  |
| 造影方法：静注 | 材料 | フィルム | 7987半切　　　 枚 | 撮影記録 |
| 46729 | □ｵﾑﾆﾊﾟｰｸｼﾘﾝｼﾞ 100ml 1本 | 48859 □生食20ml （　 　）本 | ST No. |  |
| 54590 | □ｵﾑﾆﾊﾟｰｸｼﾘﾝｼﾞ 125ml 1本 | 2303 □サーフロー針　 　 　1本 | 電圧（kV) | 130 ･ 110 ･ 80 |
| 46499 | □ｵﾑﾆﾊﾟｰｸｼﾘﾝｼﾞ 150ml 1本 | 47148 □強力ﾐﾉﾌｧｰｹﾞﾝC注( )本 | mAs値 | mAs  |
| 48044 | □サクシゾン　 ( )mg | 技師名 |  |
| 48057 |

**診療情報提供書　兼　CT依頼書**