令和　　年　　月　　日

**秋田厚生医療センター　FAX　０１８－８５７－２３２４　　　　　　　　　　患者紹介用**

|  |  |
| --- | --- |
| **【フリガナ】** | **【性別・年齢】****【　男　・　女　】****【西暦　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）】** |
| **【患者氏名】** |
| **【紹介元医療機関名】** | **【主治医名】** |
|  |  |
| **【検査部位】**　項目に☑をお願いします |
| 1. **頭部**　□頭部　□下垂体　□眼窩　□副鼻腔　□側頭骨
 | ※1 撮影を希望される**部位すべて**を☑を入れて下さい。例1 撮影部位が**頸椎～腰椎**の場合、☑頸椎　☑胸椎　☑腰椎　□仙椎　□全脊椎※2 撮影を**希望される側方**に☑を入れて下さい。例2 撮影部位が**左上肢**、肘は不要で**肩部と手部のみ**の場合、【☑左・□右・□両側】※2 ☑上肢〈☑肩部　□肘　☑手部〉※1※3 **３D（VR）作成が必要な場合**、☑をお願い致します。 |
| 1. **頚部**　□頚部　□咽頭　□喉頭　□甲状腺
 |
| 　　　□頚部～胸部　□頚部～上腹　□頚部～骨盤 |
| 1. **胸部**　□胸部　□胸部～腹部　□胸部～骨盤　□胸部～下肢
 |
| 1. **腹部**　□上腹　□腹部～骨盤　□腹部～下肢
 |
| □骨盤　□骨盤～下肢 |
| 1. **椎体**　□頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙椎　※1
 |
| 1. **四肢** 【□左・□右・□両側】※2　　　□※３　**３D作成**
 |
|  　 □**上肢** 〈□肩部　□肘　□手部〉※1□**下肢** 〈□股関節　□膝　□足部〉※1 |
| 1. **その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 【**撮影方法**】 | 【**確認項目**】 |
| **□単純のみ****□造影のみ****□単純+造影****□ダイナミック**※4 | **感染症**　　　　　　　　　　　□あり　□なし**持続血糖測定器（リブレ）**□あり　□なし**体重**　　　　　　　　　　　　　　　　　　Kg**血液検査日** 西暦　　　　　年　　　月　　　日※5**eGFR**　　　　　 ※6 **クレアチニン値**　　　　　※6 | ※4 単純+動脈相+門脈相+平衡相の撮影。※5 **３カ月以内**の検査日をご記入ください。※6 数値によっては単純のみの撮影になることをご了承ください。**eGFR30以下**で造影検査をご希望の場合、当院に事前にご相談下さい。 |
| **【主症状・検査目的】** |
| 検査日　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　AM　　・　　PM患者ID番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【病院使用欄】 |

**CT検査申込書（兼）診療情報提供書**

**【お問い合わせ】　秋田厚生医療センター　地域医療連携室　TEL　０１８－８８０－３０５０**