

CT検査依頼票

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日

検査依頼日時	年 月 日 AM PM 時 分～
医師名	医療機関名
検査部位	
造影	<p>造影検査の際は3ヶ月以内の採血データが必要です。</p> <p>有 ・ 無</p> <p>・クレアチニン値 ()</p> <p>・eGFR値 ()</p> <p>喘息・アレルギー (有 ・ 無)</p> <p>糖尿病薬服用 (有 ・ 無)※造影前後の48時間休薬が必要です。</p>
傷病名	
検査目的	
既往歴	
患者情報	※患者の状態によっては検査不可の場合がございます。
妊娠 (有 ・ 無)	
出力希望媒体	(CD ・ フィルム)



福岡ハートネット病院

FUKUOKA HEARTNET HOSPITAL