

下肢閉塞性動脈硬化症(ASO)造影CT依頼票

西暦 年 月 日

大分記念病院 放射線 科御中

※検査希望日

令和 年 月 日()

病医院名：

時刻 ☐ 14:00 ～ ☐ 14:30 ～

医師名：

☐ 15:00 ～ ☐ 15:30 ～

(TEL) (FAX)

☐ 16:00 ～ ☐ 16:30 ～

<病院使用欄： 予約確定日：令和 年 月 日 時間(:)>

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	患者氏名		男 ・ 女	西暦 年 月 日
	現住所	(TEL)		

検 査 項 目	■ 造形CT <u>* 箇所の記入および注意事項を確認後□に✓を記入下さい。</u>
	* 撮影範囲()から()まで
	* 測定日() * クレアチニン値() * eGFR()
	1) ビグアナイド系糖尿病薬服用 * (有 ・ 無) ☐ 注意事項 <u>有の場合、造影剤投与48時間前から投与48時間後まで服用中止を お願いします(検査日を入れて5日間)。</u>
2) β ブロッカー服用 * (有 ・ 無) ☐ 注意事項 <u>eGFRが45未満または造影剤アレルギーの疑いの方、喘息、甲状腺機能 亢進症、多発性骨髄腫・褐色細胞腫、原発性マクログロブリン血症に ついて、有りの場合、当院では造影検査を行っていません。</u>	

< 予約受付 > 平日8:30～17:00

TEL:097-543-5005

FAX:097-543-5253

-----院内記入欄-----

■大分記念病院ID

■FAX送信日

■入力者

月 日