福岡市民病院　地域医療連携室行

申込日（FAX送信日）：　令和　　年　　月　　日

FAX　092-632-3431

CT検査申込書

紹介元医療機関

医療機関名　：

住所　：

診療科名　：

医師名　：

電話番号　：

FAX番号　：

担当者名　：

〒812-0046
福岡市博多区吉塚本町13番1号
地方独立行政法人福岡市立病院機構
福岡市民病院　地域医療連携室
TEL 092-632-3430
FAX 092-632-3431
（受付時間　平日8:30～17:00）

福岡市民病院受診歴	☐ 有　ID（診察券番号）が分かる場合　（　　） ☐ 無　☐ 不明		
フリガナ		性　別	☐ 男性　☐ 女性
患者氏名		生年月日	☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年　月　日（　）歳
依頼項目	☐ 単純CT　☐ 造影CT **※下記 【確認事項】 のご記入をお願いいたします。**		
紹介目的傷病名等	☐ 別紙のとおり （お急ぎの場合は、下記の欄に直接ご記入頂いても結構です。）		

※本紙と一緒に「診療情報提供書」のFAXをお願いいたします。

【確認事項】　該当する検査の質問へのチェックをお願いします。

●CT

有☐　無☐　リブレ血糖測定器の装着　※取り外し時期の予約の調整が必要です。

●造影剤を使用の場合　　➡さらに以下の確認が必要です。

有☐　無☐　検査日より3か月以内の腎機能の採血データ

※必ず必要となりますのでご準備頂くようお願いします。

有☐　無☐　ビグアナイド系血糖降下剤の服薬

※原則、検査日前後2日の休薬が必要です。

※「有」の場合は薬物名（　　）