

——お手数ですが返信をお願いします——

C T 検 査

発信日 年 月 日

(医院・病院)

以下の必要事項を記載し、がん相談支援・情報センター宛にFAXでご返信ください。

患者氏名 _____ 様

●造影検査を 希望 (します / しません)。

●希望される方のみ、以下の質問にお答えください。

1. 腎機能 : (クレアチニン値 _____ mg/dl)
2. 注意すべき合併症 : なし
心疾患 緑内障 前立腺肥大
出血傾向 糖尿病 喘息
その他 (_____)
3. アレルギーの有無 : なし
ヨード
その他 (_____) 詳細不明
4. 感染症の有無 : なし
HBV HCV
その他 (_____)

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
がん相談支援・情報センター

FAX 089-999-1115
直 通 089-999-1114
代表 TEL 089-999-1111