

CT 検査依頼書

ID番号

氏名
姓 名

病棟

様
性別

発行日

検査日時 年 月 日 午前 午後 時 分

他
施
設
様
用

医療機関名：

診療科：

主治医：

電話：() -

FAX：() -

外 来	内科	外科	眼科	整形	リハ	皮膚
	精神	泌尿	耳鼻	齒科	健診	

医師名

検 査 部 位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)
	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 関節 ()
	<input type="checkbox"/> CT Angio ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	再構成画像	MPR (sagital・coronal)	3D 表示

患者移動：独歩 車椅子 担送

体重： k g

単純のみ 骨条件

造影のみ 単純+造影

Dynamic 単純+Dynamic

検査目的：

遠隔読影 必要 不要

臨床経過：現病歴・手術歴・〔前回CT 無・有(日付)〕

腎機能低下 : 有・無

血清クレアチニン値 ()

アレルギー : 有・無 ()

その他 : 有・無

喘息 甲状腺疾患 褐色細胞腫など

感染症

HBs 抗原 + - 検査中 未

HCV抗体 + - 検査中 未

TPHA + - 検査中 未

MRSA + - 検査中 未

その他 ()

臨床診断：

検査所見：

診断医師： _____

撮影条件 管電圧：120kV 管電流：Auto mA

造影剤

<input type="checkbox"/> オムニパーク 300 シリンジ 100ml	<input type="checkbox"/> 生食 100ml
<input type="checkbox"/> エクステンションチューブ 2本	<input type="checkbox"/> エラスター針

フィルム 半切

技 師 枚