

CT 検査依頼書・診療情報提供書

氏名
生年月日

性別

医療機関名

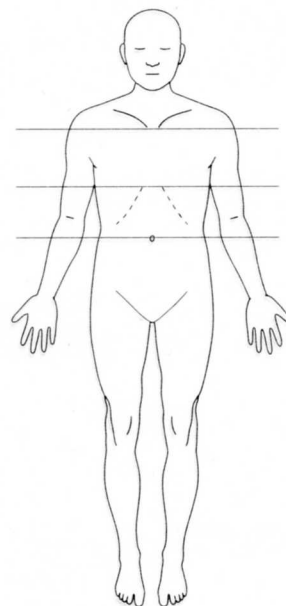
外来・入院 診療科

主治医 先生

電話 () FAX ()

検査日	年 月 日 曜日	午前 / 午後	時 分
フリガナ 氏 名	様 男・女	M・T・S・H	年 月 日生 () 歳

検査部位 (一般CT)	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 下腹部 ・ 骨 ・ 上肢 ・ 下肢	
	その他 ()	単純 ・ 造影 ・ 単純+造影
CTangio	心臓(冠動脈)・胸部大動脈・腹部大動脈・胸腹部大動脈・腹部～下肢動脈・下肢動脈・脳血管	
	その他 ()	

体重 _____ kg	身長 _____ cm	アレルギー：有・無 種類 ()	気管支喘息：有・無
感染症 (有・無・不明) ☐ HCV ☐ HBV 血清クレアチニン _____ mg/dℓ (1.8以下) ペースメーカー(有・無)			
臨床診断： (検査目的)			
臨床経過：			
		院内主治医：	

科 別	内・外・整・乳・婦・児・2・3・紹介 ()	CT 番号		
富田病院での過去のCT検査番号	造影剤		フィルム枚数 半切 枚	コピー枚数 半切 枚
照射条件	120KV	Auto mA	Slice	plannedCTDI mGy 技 師：