検査日時　　　　年　　月　　日　　　　　　　時　　分

午前

午後

**ＣＴ 検査依頼書**

医療機関名：

診療科：

主治医：

電話：（　　　　　　）　　　　　－

FAX：（　　　　　　）　　　　　－

他施設様用

氏名　　　　　　　　　　　　　　 様

生年月日　　　　　　　　　性別

内科　神内　外科　眼科　整形　リハ

精神　皮膚　泌尿　耳鼻　歯科　健診

外来

医 師 名

フィルム半切　　枚

検査所見：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 診断医師：

臨床経過：現病歴：手術歴：　 前回ＣＴ　無・有(日付　　 　 )

臨床診断：

患者移動：□独歩 □車椅子 □担送

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　　（　　　　　　　）

その他　　　　　　：　　有・無

ビグアナイド系糖尿病薬の併用

喘息　甲状腺疾患　褐色細胞腫など

アレルギー　　　　：　　有・無

　　 （　　　　　　　 　　 ）

腎機能低下　　　　：　　有・無

血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ値（　　　　 　　 ）

遠隔読影　□　必要　　□　不要

□ 単純のみ □ 骨条件

□ 造影のみ　□ 単純＋造影

□ Dynamic　□ 単純＋Dynamic

体重：　　 　 　　ｋｇ

算定方法

技師

フィルムレス

(電子画像管理加算算定)

管電圧：120kV　　　管電流：　Auto　ｍA

□オムニパーク300　ｼﾘﾝｼﾞ　100ml　□生食100ml

□ ｴｸｽﾃﾝｼｮﾝﾁｭｰﾌﾞ2本　□ ｴﾗｽﾀｰ針

再構成画像　　　MPR（　sagital ・ coronal　）　 3D表示

* 頭部　　　□　胸部　　　 □　脊椎（ 頚・胸・腰 ）
* 上腹部　　□　下腹部　　 □　関節（　　　　 　 　　 ）
* ＣＴ　Ａｎｇｉｏ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

検査部位

検査目的：

撮影条件

造影剤

京都博愛会病院　放射線科　ＣＴ室