ＣＴ 検査依頼書

氏 名　　様

生年月日　　性別

外来	内科　神内　外科　眼科　整形　リハ 精神　皮膚　泌尿　耳鼻　歯科　健診
医 師 名	

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：（　　）　－

検査部位	□ 頭部　□ 胸部　□ 脊椎（ 頚 ・ 胸 ・ 腰 ） □ 上腹部　□ 下腹部　□ 関節（　　） □ ＣＴ Ａｎｇｉｏ（　　） □ 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：　　ｋｇ

□ 単純のみ　□ 骨条件
□ 造影のみ　□ 単純＋造影
□ Dynamic　□ 単純＋Dynamic

遠隔読影　□ 必要　□ 不要

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
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

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　（　　）

検査目的：

臨床経過：現病歴：手術歴：〔前回ＣＴ　無・有(日付　　)〕

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	算定方法		技師	
造影剤	□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	フィルムレス (電子画像管理加算算定)	フィルム半切　枚		

京都博愛会病院　放射線科　ＣＴ室