

CT 検査依頼書

紹介医院名 () 依頼医 () 印
検査日 年 月 日

氏名

生年月日

性別

造影 要 不要
(別紙問診票同意書の記載をお願いします)
検査CD搬送 患者受け渡し
郵送
(基本的に当日患者へ直接受け渡しです)
読影 要 不要
体重 kg

手術既往 無 有
()
体内埋込金属 無 有
()
心臓ペースメーカー 無 有
※ メドトロニック社製 InSync 8040両心室ペースメーカーを装着されている方のその部位における撮影は禁忌となっております。

検査部位	チェックして下さい。
頭 部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔
頸 部	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺
胸 部	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 大動脈
腹 部	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 胆膵臓 <input type="checkbox"/> 腎・副腎
骨盤腔	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎

不整脈 無 有
HBs抗原 ー + 未検
HCV抗体 ー + 未検
患者搬送状態 歩行 車椅子

その他

特記事項

臨床診断又は検査目的: