

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

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

心臓ペースメーカー・除細動器 無 有
※ 機器本体部分は、撮影範囲から外させていただきます。

手術既往歴 無 有
()

体内埋込金属 無 有
()

※ 装着・貼り付け型センサー(リブレ等)は外させていただきます。

不整脈 無 有

HBs抗原 - + 未検

HCV抗体 - + 未検

患者搬送状態 歩行 車椅子

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 <input type="checkbox"/> 仙尾骨

その他

特記事項

臨床診断又は検査目的: