

CT検査依頼用紙

(医)友隣会 協立病院 TEL 072-844-5181

科 医師		確認事項	
外来 ・ F病棟		心臓ペースメーカー 有・無	妊娠 有・無
検査予定日		その他体内金属物 有・無	閉所恐怖症 有・無
H 年 月 日 : AM、PM		造影剤の残存 有・無	難聴 有・無
患者番号:		検査部位	
氏名:		単純 ・ 造影 ()	
	(男・女)	① 頭 部 (大小脳 ・ 下垂体 ・ 中耳 ・ 顔面 ・ 副鼻腔)	
生年月日:	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日	② 頸 部 (咽頭 ・ 喉頭 ・ 甲状腺)	
臨床診断:		③ 胸 部 (肺 ・ 縦隔)	
検査目的:	スクリーニング ・ 精査 ・ 経過観察	④ 上腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾 ・ 腎 ・ 副腎)	
		⑤ 下腹部 (子宮 ・ 卵巣 ・ 膀胱 ・ 前立腺)	
		⑥ 脊 椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰)	
		⑦ 上下肢 ()	
		⑧ その他 ()	
		技師コメント	
所見			