

# CT検査依頼用紙

友隣会メディカルケアクリニック 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
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)			
生年月日：		① 頭 部 ( 大小脳 ・ 下垂体 ・ 中耳 ・ 顔面 ・ 副鼻腔 )	
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：		④ 上腹部 ( 肝・胆・膵・脾・腎・副腎 )	
スクリーニング ・ 精査 ・ 経過観察		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			