

CT 検査依頼票

紹介元医療機関の名称

ご担当医師名

患者氏名	
生年月日	性別
電話番号(日中連絡のとれる電話番号)	
—	—

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)
月 日 時 分

*下記事項のチェック☑をお願いいたします。

造影	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
●アレルギー(鉄【MRI】・ヨード【CT】)、ぜん息、小児ぜん息、妊娠又は妊娠の可能性、クレアチニン値(Cr)値2.0以上の方は原則、造影禁忌		
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 []
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [部位・術式等]
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ●MRI検査は禁忌 (CT検査は一部機種により禁忌)
除細動器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ●MRI・CT検査は禁忌
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [具体的にお願いします。]
その他患者様 留意事項	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 []

臨床診断名
検査目的および臨床経過など

検査部位
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・腎)
<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 冠動脈解析
<input type="checkbox"/> その他 []
撮影に関して、ご要望があればご記入お願いいたします。(冠・矢状断層画像追加、3D表示等)
[]

読影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
画像	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> フィルム

※チェック☑のない場合は各医療機関様との元々の取り決めに従います。

常盤台外科病院
〒 174-0071 東京都板橋区常盤台2-25-20
TEL 03(3960)7211～4 (代)
TEL/FAX 03(3960)1621 (放射線科直通)