

CT 検査依頼票

大生病院 放射線診断科 宛

ID <hr/> 患者様氏名 <hr/> 生年月日 <hr/> 男・女	検査日時 年 月 日 (Am・Pm) 時 分
	ご依頼医療機関
患者様情報をご記入下さい。 診察カードのインプリントでも可能です。	次回の診察日 月 日
	診療科 指示医師

診療情報をご記入下さい。または にチェックをお願いします。

臨床診断 <hr/> 検査目的・撮影指示	読影 (画像診断レポート) を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal	造影剤の使用 <input type="checkbox"/> 単純検査 <input type="checkbox"/> 造影検査

検査部位

頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	四肢
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 肺・胸膜	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 聴器	(上・中・下)	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 冠動脈	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 上・下顎	<input type="checkbox"/> 甲状軟骨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腎臓			<input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 口腔・舌	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 足関節 (R・L)
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>

再構成処理

<input type="checkbox"/> 顔面パノラマ <input type="checkbox"/> 上下顎骨クロスカット <input type="checkbox"/> その他任意断面 ()	<input type="checkbox"/> 3Dワークステーション処理 { <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 腫瘍 (血管腫) <input type="checkbox"/> その他 } 描出・表現方法の指示 { }
---	---

検査担当記入欄 (記入しないでください。)

記録媒体	<input type="checkbox"/> 半切フィルム (枚)	<input type="checkbox"/> CD-R / DVD-R	<input type="checkbox"/> PACSサーバー
造影剤・使用材料		撮影条件	
<input type="checkbox"/> 300%オムニパーク ml	電圧 (kv)	電圧 (mA)	時間 (sec)
<input type="checkbox"/> 370%イオパミロン ml			スライス厚 (mm)
<input type="checkbox"/> 生理食塩水 ml			技師

医療法人 尚寿会 大生病院 放射線診断科

〒350-1317 埼玉県狭山市水野600番地

04-2957-1141 (代表) 04-2956-4518 (放射線診断科直通 TEL&FAX)