

CT検査申込書

フリガナ				検査 予定日	年	月	日	時	分
患者名	様 男・女			申込医療機関					
生年月日				西暦 年 月 日(才)			診療科 科		
独歩・車椅子・ストレッチャー					医師名				
					連絡先		TEL ()		
診断 要・不要		画像記録媒体はCD-Rになります。					FAX ()		
検 査 部 位									
頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	四肢			
頭部(脳)	耳下腺	縦 隔	肝 臓	膀 胱	頸椎	肩関節			
頭部(脳以外)	顎下腺	心 血 管	胆 嚢	前立腺	()	肘関節			
脳幹部	甲状腺	肺 野	脾 臓	直 腸	胸椎	手関節			
眼窩部	その他	乳 房	脾 臓	子 宮	()	股関節			
副鼻腔	()	その他	腎 臓	卵 巢	()	膝関節			
側頭骨	頸動脈CTA	()	副 腎	骨盤骨	仙骨	足関節			
脳血管CTA			その他	その他	尾骨	その他			
脳槽CT			()	()	CTM	()	()	()	()
臨床診断：									
臨床経過：									
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 動脈相				使 用 造 影 剤	<input type="checkbox"/> オムニパーク() ml シリンジ <input type="checkbox"/> () ml シリンジ				
ヨード過敏症	BUN		CRE						
有 ・ 無	mg/cl		mg/cl						
検査日	年 月 日			技 師					

医療法人社団貴順会 吉川病院 放射線科 CT室

TEL (075)-761-0316(代表) FAX (075)-771-0528

080-8733-7895(直通電話)