

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	
ヨード過敏症	BUN	CRE			<input type="checkbox"/> () ml シリンジ	
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)