

# C T 検 査 依 頼 書

放射線科用

検査日		令和	年	月	日	時	分
様	コピー	感染症（有・無・未）					
	Film	【 Tbc・HBs抗原・HCV・HIV・MRSA・その他（ ）】					
	CD-R	臨床診断・主訴					
	不要						
依頼施設名							
<p style="color: red; margin: 0;"><b>依頼医師チェック項目</b> 医師が責任を持って記入してください（造影検査を行う場合のみ）。</p> <p>【原則禁忌】</p> <p>造影剤による過敏症 【有・無】                      気管支喘息                      【有・無】</p> <p>重篤な腎障害                      【有・無・不明】                      （血清Cr                      mg/dl）</p> <p>その他の疾患（重篤な甲状腺疾患、重篤な心障害、重篤な肝障害、急性肺炎、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫）</p>							
<p><u>撮影部位</u></p> <p><input type="checkbox"/> 頭部（脳・その他）</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部 CT-A</p> <p><input type="checkbox"/> 脳底部（眼窩・副鼻腔・側頭骨）</p> <p><input type="checkbox"/> 頸部（甲状腺・その他）</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部（肺・縦隔）</p> <p><input type="checkbox"/> 上腹部（肝・胆・膵・腎・副腎）</p> <p><input type="checkbox"/> 下腹部（子宮付属器・膀胱・その他）</p> <p><input type="checkbox"/> 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）</p> <p><input type="checkbox"/> 上肢（右・左） （肩・上腕・肘・前腕・手関節・手）</p> <p><input type="checkbox"/> 下肢（右・左） （股・大腿・膝・下腿・足関節・足）</p> <p><input type="checkbox"/> デンタル</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>				<p><u>検査目的・希望事項及び範囲</u></p>			
単純・造影・ダイナミック				3D・Coronal・Sagittal 希望			