

フリカナ			
患者様名	様		
生年月日	T・S・H	年	月 日
住所			
電話番号			
身長・体重	cm	kg	
検査希望日	第1	令和	年 月 日
	第2	令和	年 月 日

## CT検査依頼票 (兼診療情報提供書) (撮像記録)

検査日	令和 年 月 日		
検査時間	午前	時 分	
	午後		
御依頼医療機関名	御依頼医師名 (サイン又は捺印)		
	印		
検査担当医療機関			
イムス札幌消化器中央総合病院			

※太枠内はすべてご記入ください。この用紙は検査当日、原本を当院へお持ちください。

検査部位	頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	その他
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 上肢
	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺野	<input type="checkbox"/> 胆のう	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 下肢
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔		<input type="checkbox"/> HRCT	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> ( )シャント
	<input type="checkbox"/> 眼窩		<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 大動脈
	<input type="checkbox"/> 聴器		<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 前立腺	( )番中心	<input type="checkbox"/> ( )鎖骨下静脈	
		<input type="checkbox"/> 腎				その他	( )
<input type="checkbox"/> ファットスキャン(解析結果のみ郵送)							
検査方法	<input type="checkbox"/> plain	<input type="checkbox"/> 2phase	画像処理	<input type="checkbox"/> VR(3D)	<input type="checkbox"/> MPR	使用薬剤	CT検査室使用欄
	<input type="checkbox"/> enhance	<input type="checkbox"/> 3phase		<input type="checkbox"/> MIP	<input type="checkbox"/> axi		<input type="checkbox"/> オムニパーク 300 (100ml)
	<input type="checkbox"/> DIC-CT	<input type="checkbox"/> 3D-CTA		<input type="checkbox"/> perfusion	<input type="checkbox"/> sag		<input type="checkbox"/> オムニパーク 350 (100ml)
		<input type="checkbox"/> 3D-CT		<input type="checkbox"/> 心機能解析	<input type="checkbox"/> cor		<input type="checkbox"/> イオバミドール (300/370) 100ml
				<input type="checkbox"/> oblique	<input type="checkbox"/> CPR		<input type="checkbox"/> 生理食塩水 101ml
				<input type="checkbox"/> O <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> インデラル	<input type="checkbox"/> ミオコールスプレー	<input type="checkbox"/> その他
感染症	無・有 ( )		読影	後日郵送いたします		CD-R	当日・翌日以降
腎機能異常	無・有		クレアチニン	mg/dl ※造影検査の場合は必ずご記入ください			
造影剤過敏	無・有		撮影条件	kVp	mA	sec	
喘息の既往	無 (※有の方は原則造影剤禁忌)		甲状腺機能亢進症	無 (※有の方は原則造影剤禁忌)			
検査依頼目的:							
臨床診断:							
既往歴及び現象:							