

# CT 検査依頼票

狭山尚寿会病院 画像診断センター 宛

ID _____ 患者様氏名 _____ 生年月日 _____ 男 ・ 女 _____ 患者様情報をご記入下さい。	検査日時 年 月 日 ( Am ・ Pm ) 時 分	
	ご依頼医療機関	
	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 _____ 検査目的・撮影指示 _____  <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  ※ 造影の同意書をご持参ください。
--	---

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"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 上・下顎 <input type="checkbox"/> 口腔・舌 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 咽頭 (上・中・下) <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 甲状軟骨 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肺・胸膜 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 手関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 股関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 足関節 (R・L) <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"/> 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 100 ・ 125 ・ 150 ml	<input type="checkbox"/> 生理食塩水 20 ・ 100 ml	DLP	技師
<input type="checkbox"/> 370%イオパミロン 100 ml	<input type="checkbox"/> ニトロペン舌下錠 0.3mg		mGy ・ cm

狭山尚寿会病院 画像診断センター

〒350-1317 埼玉県狭山市水野600番地

04-2957-1141(代表) 04-2956-4518 (画像診断センター直通 TEL&FAX)