

C T 検査依頼票

ふりがな 氏名		検査日 年 月 日 ()	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	検査開始予定時刻 午前・午後 時 分より
医療機関名			
検査依頼目的	特に希望する撮影条件・撮影範囲・患者情報等		
病歴及び主訴			
臨床診断名			
		感染症 有・無 ()	
		体重 Kg	指示医署名
造影 否 ・ 要 (単純+造影・造影のみ)		妊娠 有・無	
撮影部位 (希望部位に○を付けてください。詳しくは下記に記入してください。)			
<input type="checkbox"/> 頭部	・・・ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 頸部	・・・ <input type="checkbox"/> 頸部全般 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 胸部	・・・ <input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 腹部	・・・ <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 骨盤	・・・ <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 脊椎	・・・ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 (番) <input type="checkbox"/> 腰椎		
<input type="checkbox"/> 四肢	・・・ <input type="checkbox"/> 上肢 左・右 (部位) <input type="checkbox"/> 下肢 左・右 (部位)		
<input type="checkbox"/> その他	・・・ <input type="checkbox"/> ()		
メディア		スライス数	技 師
<input type="checkbox"/> CD-R 枚 <input type="checkbox"/> その他		枚	