

※妊婦禁止・植え込み型除細動器のある方は範囲が限られます※

CT 検査依頼書（診療情報提供書）

ご紹介医療機関（貴院名）

医師名

フリガナ

明治・大正

受診者氏名

男・女

生年月日

昭和・平成

住所〒

電話番号

	撮 影 部 位				
1	頭部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	備考
2	頸部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
3	胸部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
4	腹部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
5	骨盤部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
6	脊椎（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
7	上肢（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
8	下肢（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
9	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	

スライス厚に関して特別指示があれば記入して下さい。()mm

傷病名

症状詳記・合併症など（医師コメントは必須です）

病名・症状詳記や特記事項を基に撮影内容を検討いたします。

情報提供のご協力を宜しくお願い致します。

CT検査問診票

検査を安全に行うために以下の項目にご回答いただき、検査当日ご持参ください。

患者氏名 _____

記入日 _____ 年 月 日

○ 体重 _____ Kg

○ ICD（埋め込み型除細動器）が体内に入っていますか？

あり なし

○ 女性の方に伺います。妊娠の可能性はありますか？

あり なし 不明

依頼施設医師名 _____

秀和総合病院医師名 _____

放射線技師記入欄

	Head	Chest	Che-Pel	Abd	その他
CTDI					
DLP					

