

氏名

生年月日

性別

住所はカルテと同じ

## C T 検査依頼書

検査日 年 月 日 ( ) 時 分

施設名

指示医師

病院・医院・クリニック・歯科

《検査部位・詳細部位・指示》

☐ 【頭部】 ☐ 【頸部】

☐ 【胸部】 ☐ 【腹部】 ☐ 【骨盤部】

☐ 【乳房】 ☐ 右 ☐ 左

☐ 【脊椎】

☐ C W ☐ T H ☐ L W ☐ 仙尾部

☐ 【上肢】

☐ 右 ☐ 左 ( )

☐ 【下肢】

☐ 右 ☐ 左 ( )

☐ 【その他】

( )

《検査法》

☐ P l a i ☐ C E ☐ P + C E ☐ D y n a m i c ☐ D I C ☐ その他

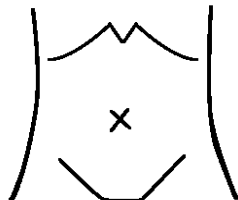
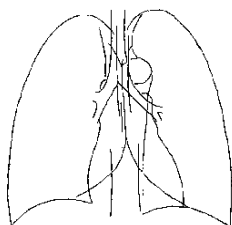
\* ルート確保困難であった場合の指示

☐ P l a i n に変更 ☐ 検査中止

《臨床診断名》

《主訴ならびに病歴、主要検査所見の要約》

《検査目的・技師への指示》



使用薬剤

■ C E R a t e

使用C D 数

☐ イオパミロン300シリンジ100m l 本

m l m l / s e c D e l : s e c

☐ イオパミロン370シリンジ100m l 本

m l m l / s e c D e l : s e c

枚

☐ オムニパーク240シリンジ100m l 本

■ 撮影条件

担当技師

☐ ヘパリンNaロックシリンジ50m l 本

120 k V A u t o m A

☐ 生理食塩水 20m l 本

■ D L P 画像参照 m G y - c m

☐ 生理食塩水 100m l 本

市立湖西病院 地域・利用者支援センター

平 日 F A X 053-575-0120

土曜日 F A X 053-576-1119