

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

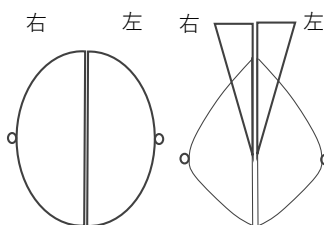
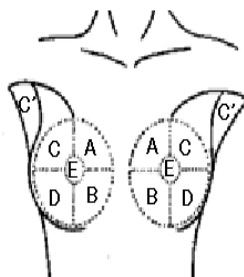
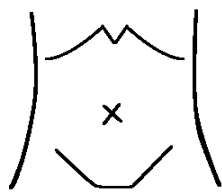
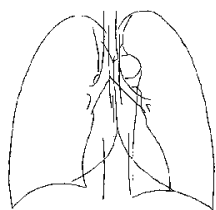
* ルート確保困難であった場合の指示

- ☐ 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

- ☐ イオパミロン300シリンジ100ml 本
- ☐ イオパミロン370シリンジ100ml 本
- ☐ オムニパーク240シリンジ100ml 本
- ☐ ヘパリンNaロックシリンジ50ml 本
- ☐ 生理食塩水 20ml 本
- ☐ 生理食塩水 100ml 本

■ C E R a t e

ml ml / s e c D e l : s e c

ml ml / s e c D e l : s e c 枚

■ 撮影条件

120 k V A u t o m A

■ D L P 画像参照 m G y - c m

使用C D数

担当技師

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