

# CT-SCAN 診療情報提供書 兼 検査依頼票

様式1

氏名 \_\_\_\_\_

依頼病院名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

依頼医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 造影指示時必須事項

読影依頼

歩行 ・ 車椅子

検査日時 平成 年 月 日  
午前・午後 時 分

\* 喘息 無し 有

\* 造影剤アレル 無し 有

有り

無し

### 撮影部位

### 撮影方法(丸ををつけてください)

### 造影剤

- 頭部 \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 頸部 \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 胸部 \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 腹部全体 \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 上腹部(肝・胆・膵・脾) \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 上腹部(肝・胆・膵・脾・腎) \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 下腹部(腎・膀胱・子宮) \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 肝臓 \_\_\_\_\_ (ダイナミック )
- 膵臓 \_\_\_\_\_ (ダイナミック )
- 腎臓 \_\_\_\_\_ (ダイナミック )
- 四肢 \_\_\_\_\_ (単純 ・ 造影 )
- 骨 ( ) \_\_\_\_\_ (単純 )
- 血管 \_\_\_\_\_ (造影 )

イオメロン350 100ml

イオメロン350 50ml

オイパロミン370 100ml

オイパロミン300 100ml

オイパロミン370 80ml

### 腎機能

検査年月日 年 月 日

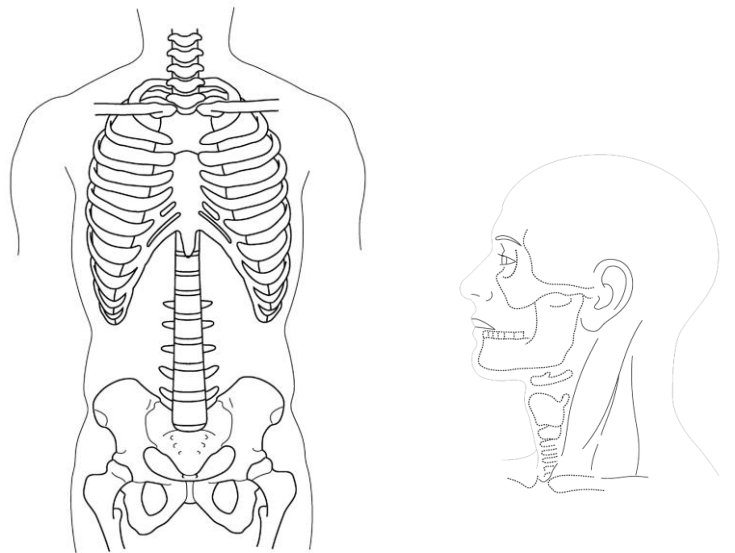
BUN \_\_\_\_\_ mg/dl

CRE \_\_\_\_\_ mg/dl

診断名・病歴(必須)

検査目的(必須)

撮影指示



問合せ先 可児とうのう病院 医療連携室  
 電話番号 0574-25-3120(直通)  
 FAX番号 0574-28-6382(直通)  
 所在地 岐阜県可児市土田1221-5