

# CT 診療情報提供書 兼 検査依頼票

フリガナ				
氏名		男 ・ 女	年 月 日生	
住所	電話 - -			
検査希望日①	年 月 日	読影	有 ・ 無	
検査希望日②	年 月 日			
紹介医療機関	(依頼医師)			
臨床診断名 主訴		検査目的		
<b>撮影部位</b>		<b>撮影方法(○をつけてください)</b>		
		撮像部位具体的指示 (シエーマ等)		
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・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			
<b>** 造影指示時 必須事項 **</b>			~技師通信欄~	
* 腎機能	CRE	mg/dl		年 月 日
	e-GFR			年 月 日
* 喘息	無	・ 有		
* 造影剤アレルギー	無	・ 有		