

CT 検査依頼書

申込施設名			主治医		
検査予定 年 月 日	年 月 日 曜日		検査開始 予定時間	午前 午後	時 分 開始時間の5分前にはお越し下さい
患者I D			生年月日	年 月 日 (歳)	
ふりがな			連絡先	() -	
患者名	男・女				
住 所					
撮 影 部 位	☐ 頭部 副鼻腔 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 胸～骨盤 ☐ 脊椎・四肢 () ☐ CTC (大腸仮想内視鏡) 右記検査は造影が必要です。 ☐ 冠動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 下肢静脈				
過去検査	有 ・ 無	造影の有・無	単純	造影	血清クレアチン値 (mg/dl) 年 月 日データ
CTチェックリスト	体重 k g 身長 c m	・造影検査の時の確認 ・血液データは3ヶ月前まで有効,同意書を添付してください。			
手術歴	有 ・ 無	感染症	有・無・不明		重篤副作用の相対危険度が上昇 重篤副作用の相対危険度が上昇
有 ()		有 (HCV・HBV・その他)			
体内金属物	有 ・ 無	ぜんそく	有 ・ 無		
有 ()		薬剤アレルギー	有 ・ 無		ショック時の対応が違います 検査前後の投薬中断が望ましい
以下はCTの禁忌		有 ()			
ペースメーカー					
ICD	有 ・ 無	βブロッカーの使用	有・無		
妊娠の可能性	有 ・ 無	ビグナイド系糖尿病薬	有・無		
臨床症状・疾患名・主訴などできるだけ詳しくお知らせください。					
画像について	☐ CDまたはDVD (ビューワ付) ☐ 連携ボックス				
読影レポート	☐ 有 ☐ 当日持ち帰り ☐ 後日郵送 ☐ FAX ☐ 無		使 用 材 料 ☐ イオメロン 350シリンジ () ml ☐ オムニパーク300シリンジ () ml ☐ オイパロミン300シリンジ () ml ☐ 生食 () ml ☐ 簡易クレアチン検査 ☐ マグコロール ☐ ガストログラフィン ☐ ラキシベロン		
撮影日	年 月 日		照射条件 120kV auto mA	技師	