# CT 検査依頼伝票

| CT 番号 |
|---|

依頼　　病院　　住所　診療録に同じ

| 検査日 | 年　月　日　AM・PM　: | 医師 | |
|---|---|---|---|
| 前回の検査 | 無　・　有（　年　月　日） | 技師 | |
| 造影 | **単純　・造影　・単純+造影　※造影検査時のみ記載：身長　cm 体重　kg** | | |

| 検査部位 | | | ＜備考＞ |
|---|---|---|---|
| | 頭部 | | □ 絶食 |
| | 頚部 | | □ レントゲン |
| | 胸部 | 肺・縦隔 / HRCT | □ MRI |
| | 胸腹部 | | □ 心電図 |
| | 上腹部 | 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾 ・ 腎 | □ エコー |
| | 下腹部 | | □ 至急読影依頼 |
| | 脊椎 | 頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 | □ |
| | 骨盤部 | 前立腺 ・ 子宮 ・ 股関節 | |
| | PEG 前検査 | | |
| | 内臓脂肪 | cm / kg | **MPR ・ 3D/MIP** |
| | その他 | | |

<臨床診断>

≪主訴≫

病症・現症及び検査所見、問題等

アレルギー歴（＋・－）
腎障害　（＋・－）
塩酸メトホルミン（＋・－）
問診結果造影（可・不可）

≪使用薬品≫

□オムニパーク 300（シリンジ）　100ml　　□オムニパーク 300（シリンジ）　110ml
□オムニパーク 300（シリンジ）　125ml　　□＿＿＿＿＿＿＿＿ml
□オムニパーク 300（シリンジ）　150ml　　□＿＿＿＿＿＿＿＿ml

120kv＿＿＿mA ＿＿＿sec　×＿＿＿×＿＿＿　□読影予約済　□読影依頼済　□読影返却確認済

医療法人 順和 長尾病院
〒814-0153　福岡市城南区樋井川 3-47-1　　TEL 092-541-2035 ／ FAX 092-541-2045