

黄色部分の記載をお願いします。

見本

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	頭部		<備考> <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 至急読影依頼 <input type="checkbox"/>
	頸部		
	胸部	肺・縦隔 / HRCT	
	胸腹部		
	上腹部	肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾 ・ 腎	
	下腹部		
	脊椎	頸椎 ・ 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	
その他		MPR ・ 3D/MIP	
<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)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: yellow;"> <p>読影医への情報提供の為、 出来るだけ詳しくご記載ください。</p> </div>			
<<使用薬品>> <input type="checkbox"/> オムニパーク 300 (シリンジ) 100ml <input type="checkbox"/> オムニパーク 300 (シリンジ) 110ml <input type="checkbox"/> オムニパーク 300 (シリンジ) 125ml <input type="checkbox"/> _____ ml <input type="checkbox"/> オムニパーク 300 (シリンジ) 150ml <input type="checkbox"/> _____ ml			
120kv _____ mA _____ sec × _____ × _____ <input type="checkbox"/> 読影予約済 <input type="checkbox"/> 読影依頼済 <input type="checkbox"/> 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