# 中間市立病院　CT（頭部）依頼書

カルテ ID 当院記入

生年月日

氏　　名

| 検査日 | 年　月　日 | 時 | 分 |
|---|---|---|---|
| | 平成　年　月　日 | 00 | 00 |

| CT No. |
|---|
| 当院記入 |

| 紹介元医療機関名 |
|---|
| |

| 前回 | | |
|---|---|---|
| | □MR □CT | 平成　年　月　日 |
| | □MR □CT | 平成　年　月　日 |

| 依頼医師名 |
|---|
| |

| 検査部位 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 頭頸部 | □ 脳 | □ 顔面 | □ 副鼻腔 | □ 甲状腺 | □ 頚部 | □ 耳 |
| | | □ その他（　　） | | | | | |

□単純　　□造影　　□単純＋造影　　□ダイナミック造影（当院医師立会）

【臨床診断】

【病歴、臨床上の疑問点及び所見、検査目的】

| 依頼医師は必ず記入して下さい。 | |
|---|---|
| 全身状態 | □不良・□良 |
| 鎮　静 | □要・□不要 |
| 酸　素 | □要・□不要 |
| 妊　娠 | □＋・□－・□？ |
| 喘　息 | □有・□無<br>有：造影禁忌 |
| アレルギー | □有・□無 |
| 感染症 | □有・□無・□不明<br>有の場合の名称（　　） |
| **造影の場合は、別紙『造影剤問診票』も必ずお願いいたします** | |
| | |

| 以下当院記入 | |
|---|---|
| | イオパミロン 300 シリンジ 100ml |
| | |
| | |
| | |
| フィルム枚数 | 枚 |
| | CD-R |
| | コピー　　枚 |
| | |