

中間市立病院 CT（躯幹・四肢）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
	年 月 日	00	00

CT No.
当院記入

紹介元医療機関名

前回	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT	年 月 日
	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT	年 月 日

依頼医師名

検査部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 脊椎（ 椎）	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆
	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
四肢	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純＋造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック造影（当院医師立会）				

<p>【臨床診断】</p>
<p>【病歴、臨床上の疑問点及び所見、検査目的】</p>

依頼医師は必ず記入して下さい。	
全身状態	<input type="checkbox"/> 不良・ <input type="checkbox"/> 良
鎮 静	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要
酸 素	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要
妊 娠	<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> ?
喘 息	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 有：造影禁忌
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
感染症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明 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