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
	年　月　日	00	00

CT No.
当院記入

紹介元医療機関名

前回		
	□MR □CT	年　月　日
	□MR □CT	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 有：造影禁忌
アレルギー	□有・□無
感染症	□有・□無・□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