FAX 099-253-7236
送付書不要

# CT検査依頼書

紹介元医療機関

医療機関名

診療科　　科

電話番号　（　　）　　ー

紹介医師名

| | |
|---|---|
| 検査予定日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 予定時間 | 午前・午後　　時　　分 |

フリガナ

患者氏名　　男・女

生年月日　M・T S・H　　年　　月　　日

住所

電話番号（　　）　　ー

**検査目的**

**検査希望事項・注意事項**

**病名・既往歴**

**検査部位**

□胸部　□上腹部　□下腹部
□頚椎　□胸椎　□腰椎
□上肢　□下肢　□骨盤
□頭部　□頚部
□その他(　　)

**画像処理（　要　・　不要　）**

MPR（ サジタル　・　コロナル　・　その他 ）
3D画像
その他（　　）

**検査内容**

単純　・　造影　・　単純＋造影

**チェックリスト(造影時必須)**

ヨード過敏症(－・＋)　アレルギー（－・＋）
喘息　（－・＋）　甲状腺疾患（－・＋）
腎疾患　（－・＋）　妊娠・授乳（－・＋）
肝疾患　（－・＋）　ビグアナイド系 経口血糖降下剤（－・＋）
心疾患　（－・＋）　その他（　　）

**読影( 不要・通常読影・至急読影 )**

送付方法（ 郵送　・　FAX ）
送付先

以下南鹿児島さくら病院使用欄

【撮影条件】
管電圧(kv)　120 ・（　　）
管電流(mA)　Auto ・（　　）
ピッチ　（　　）

【使用造影剤】
オムニパーク300　100mℓ　本
（　　）　mℓ　本

南鹿児島さくら病院
CT検査担当者　宛