

# CT撮影依頼票

平成 年 月 日

指示医師	技師
科名	科 単純・造影
外来・入院 一般・療養	造影剤テスト 未・+・-
出診 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベッド・ストレッチャー

撮影予定日

平成 年 月 日

撮影部位	HB(未・+・-) HCV(未・+・-) TPHA(未・+・-) MRSA(未・+・-)		
<input type="checkbox"/> 頭部 ( 脳・頭蓋 )	ペースメーカー 有・無	使用フィルム CT× 枚	
<input type="checkbox"/> 眼窩		使用薬品	
<input type="checkbox"/> 頸部		<input type="checkbox"/> イオパーク300	ml× 本
<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔)		<input type="checkbox"/> オプチレイ320	ml× 本
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・脾・腎)		<input type="checkbox"/> オムニパーク240	ml× 本
<input type="checkbox"/> 下腹部・骨盤腔(膀胱・前立腺・子宮・卵巣)		<input type="checkbox"/>	ml× 本
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)		スライス厚 1.25mm 2mm 3mm 5mm 7mm	
<input type="checkbox"/> 四肢(膝・股・肩・足・足関節・手・手関節・肘)(L・R)		撮影条件	kV mA sec
<input type="checkbox"/> その他( )			
<input type="checkbox"/> 3D			
スライス方向 : ルーチン・( ) Axial ( ) Sagittal・( ) Coronal			

臨床診断名

臨床経過・検査目的

CT所見

CT診断

CT読影医師

備考