

# CT検査依頼票



総合心療センター ひなが

FAX : 059-346-4643

TEL : 059-345-2356(代表)

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			総合心療センター ひなが受診歴	あり・なし
患者氏名	様			
生年月日 ( T・S・H・R )	年	月	日 ( )歳	性別 男・女
連絡先電話番号(携帯)	住所			

予約検査日時: 令和 年 月 日 時 分

紹介元医療機関名	依頼医師名	
紹介元住所		
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸・胸・腰 ) <input type="checkbox"/> 四肢 ( 右・左 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴・臨床経過・検査目的 ( 具体的にお願いします。 )		
読影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	CD-R 枚
手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術名 ( )		
心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 型式 ( )		
※正し、型式メドトロニックInSync8040はCT検査不可です。		

照射録	検査 担当技師	撮影条件			スライス 数	CTDIvol mGy	DLP mGy・cm
		KV	総mAs	総sec			
検査日 年 月 日							