

■「CT検査申込書」は、お手数ですが検査日までに地域医療連携室までFAX願います。(FAX:052-201-5318)

CT検査申込書

・703

検査実施日： 年 月 日 AM・PM 時 分

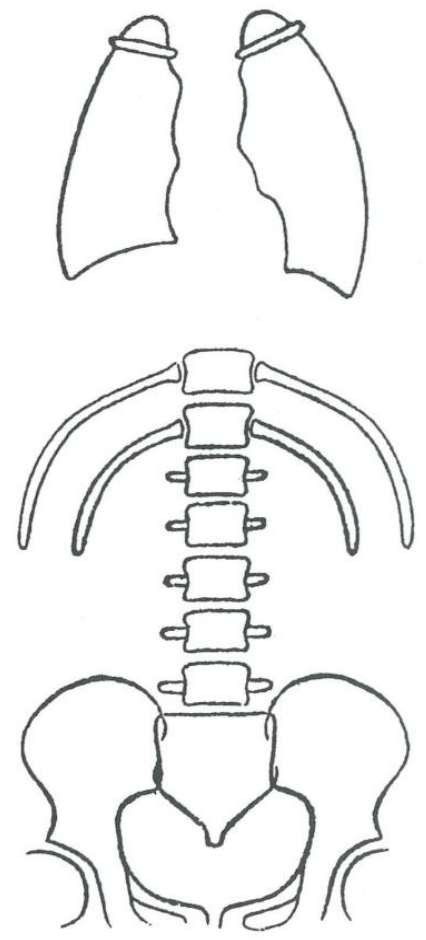
ID No.		科	
ふりがな 氏名			
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	性別 男・女
依頼医療 機関名			
検査予約日	年 月 日 () : ~		

依頼医師	技師	CT No

臨床情報及び連絡事項(依頼目的を詳細に記入してください)

- ・読影依頼(あり・なし) ・前回のCT(あり・なし) No.()
- ・ヨードアレルギー(+・-)
- ・eGFR()ml/min(40以下の場合、各診療科にご紹介ください) 検査日(3ヶ月以内有効) 年 月 日
- ・ビグアナイド系糖尿病治療薬内服(あり・なし) ありの場合は、検査前後2日間ずつの中止をご指示願います。
休薬されていない場合は、検査が施行できませんのでご了承ください。

撮 影 部 位	
頭部	01 脳 02 眼窩 03 側頭骨 04 副鼻腔 05 脳CT-A
頸部	06 頸部(甲状腺・喉頭・咽頭) 07 頸部CT-A
胸部	08 胸部 09 心大血管(胸部) 10 CTCA
腹部	11 肝 12 胆 13 膵 14 脾 15 腎 16 副腎
	17 心大血管(腹部) 18 腰部(腎下極～腸骨稜)
骨盤部	19 骨盤内 20 股関節
脊椎	21 頸椎 22 胸椎 23 腰椎 24 側弯CT
四肢	25 上肢 26 下肢 27 下肢CT-A
その他	コランジオグラフィー



撮影モード	単純 単純+造影 造影のみ ダイナミック
画像処理	3D MPR MIP