

CT検査依頼書

<予約・お問い合わせ先>
 社会医療法人 高清会 香芝高清会病院
 TEL:0745-77-8101 (代表番号)
 FAX:0745-78-5090

I D				予 約 日	令和				
					年	月	日	時	分
氏 名	フリガナ	性 別		才	医療機関				
					主治医				
生年月日				年	月	日	TEL :		
連絡先				FAX :					
造影剤を使用しますか？ <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する (造影剤使用に関する同意書の記入をお願いします)									
検査部位						要確認事項			
<input type="checkbox"/>	頭部 (頭部・副鼻腔・内耳道・顔面・その他)				・身長 cm ・体重 kg				
<input type="checkbox"/>	頸部 (頸部・甲状腺・咽頭・喉頭)				・妊娠中または可能性(あり・なし)				
<input type="checkbox"/>	胸部 (縦隔・肺野・)		<input type="checkbox"/>	心臓 (冠動脈)		・閉所恐怖症 (あり・なし)			
<input type="checkbox"/>	腹部 (全腹部・肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓)				造影剤を使用する場合のみ 記入をお願いします				
<input type="checkbox"/>	骨盤腔 (前立腺・膀胱・婦人科領域)				・eGER (推定糸球体濾過量) ()ml/min/1.73m ²				
<input type="checkbox"/>	脊椎(頸椎・頸胸椎移行部・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾骨)				又は				
<input type="checkbox"/>	上肢 (右・左) (肩・上腕・肘・前腕・手首・手・手指)				・クレアチニン()mg/dl ※未記入の場合は検査ができません				
<input type="checkbox"/>	下肢 (右・左) (股関節・大腿・膝・下腿・足首・足・足趾)				次回 受診日				
<input type="checkbox"/>	その他 ()				月 日				
【症状】									
【検査目的】									