

CT 検査依頼書

患者氏名	/ <input type="checkbox"/> 初めての受診 <input type="checkbox"/> 以前に受診歴あり					
生年月日	年 月 日					
医療機関名及び医師名						
検査部位 ○を付けて下さい	頭部 頸椎 その他 (頸部 胸椎	胸部 腰椎	腹部 四肢 (胸腹部 左・右 部位:	骨盤部)
撮像に関する特記事項						
臨床症状／検査目的						
検査希望日	・ 本日の検査を希望 ・ 後日の検査を希望 → 月 日					
検査希望時間帯 ○を付けて下さい	09:00～10:00 / 10:00～11:00 / 11:00～11:30 14:00～15:00 / 15:00～16:00 / 16:00～17:00 / 17:00～17:30					
画像データ	患者手渡し ・ 郵送					
ADL の程度	ストレッチャー ・ 車いす ・ 独歩 (杖などの補助あり) ・ 独歩					
読影の有無	希望する (後日郵送となります) ・ 希望しない					
妊娠または妊娠の可能性	あり ・ なし ※ありの場合は検査不可です					

※撮影内容については、基本的に当院のルーチン(下記)で対応させていただきます。

それ以外に追加が必要な場合は、撮像に関する特記事項欄にご記入ください。

※検査部位に関して、その他を希望される場合は、お手数ですが事前にご相談ください。

※臨床症状・検査目的は、検査部位の確認も兼ねております。

簡単で結構ですので、ご記入をお願いします。

※造影検査には対応できません。ご了承ください。

【当院ルーチン】

頭部 : Plain+骨条件
 胸部 : Plain+肺野条件 (AXI、COR)
 腹部 : Plain (AXI、COR)
 胸腹部: Plain (AXI、COR)、肺野条件 (AXI)
 脊椎 : Plain+骨条件 (AXI、SAG、COR)
 四肢: Plain+骨条件 (AXI、SAG、COR)