

C T 検査依頼票 (診療情報提供書) CT —

検査実施日				年	月	日 ()	午前・午後	時	分
氏名						病院名			
生年月日						年	月	日	性別 M・F
住所 診療録に同じ						医師氏名			
検査部位									
頭部 ()			その他(具体的に記入して下さい)						
胸部 ()									
上腹部 (肝・胆・膵・腎)									
骨盤腔 ()									
単純			造影			単純・造影			
クレアチニン値 mg/dℓ (造影剤使用時必須)									
アレルギー歴、喘息等 (有・無)									
ヨード造影既往歴 (有・無) ヨード造影剤副作用歴 (有・無)									
検査目的・臨床診断									
照射条件	kvp	mA	sec	撮影技師					
使用薬剤									
使用器材							半切	枚	