ＣＴ検査　申込書（所見書）

ID
ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名　　様

昭・平・令・　　年　　月　　日生

男・女　（　　歳）

検査日　　年　　月　　日（　　）　午前 午後　　：

外来（　　科）・ドック

２南・２北・３南・３北・３西

（　　号室）

依頼医

医療機関名

技師

患者の状態　□歩行　□車椅子　□ストレッチャー

単純　・　造影

造影剤 □イオパミロン３７０　　ml シリンジ　１本
□生食　１００ml・５００ml　１本

				画像処理
□ 頭部（脳・骨）	□ 胸部	□ 股関節（右・左）	□ 肩・肘（右・左）	○ ルーチン
□ 顔面骨	□ 腹部　（肝～骨盤）	□ 膝（右・左）	□ 手関節（右・左）	○ ３Ｄ
□ 頸部	□ 骨盤部	□ 足関節（右・左）	□ 手・指（右・左）	○ ＭＰＲ
□	□ 胸腹部　（胸～骨盤）	□ 足（右・左）	□下肢動脈	○ ＨＲＣＴ
□ 脊椎（ 頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾椎 ）			□下肢静脈	

詳細指示・検査目的

スライス厚

□10mm　□５mm

□２mm　□１mm

病歴・臨床経過など

所見　□ 要　□ 不要

所見

年　　月　　日 読影医

医療法人　樫本会　　樫　本　病　院