

# CT検査依頼書

依頼医院名	
医師名	

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			年 月 日生

検査予約日 (電話予約が必要です)	年 月 日 時 分
----------------------	-----------

1. 希望検査部位 (  を付けてください ) 同部位の前回CTの有無 (平成 年 月 日)
- 頭蓋内    眼窩    中耳    副鼻腔    顔面    頸部    腹部    骨盤部  
 胸部    脊椎   【  頸  胸  腰  仙椎 : 範囲 (   ~   )   】  
 その他 (   )

2. 造影 (  印を付けてください )

要	不要	適宜	禁忌

参考 : 造影剤禁忌の既往症としては、以下の疾患があげられます。

絶対禁忌 :	ヨード過敏症の既往、重篤な甲状腺疾患
原則禁忌 :	気管支喘息、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、急性膵炎、褐色細胞腫、テタニー、重篤な機能障害(肝・腎・心)、脱水など

3. 検査の主な目的および臨床診断 (   )  
臨床情報について簡単にお知らせください。

4. 患者様の一般状態 (  を付けてください )    独歩    車椅子

感染  有  無 (  HCV    HB    梅毒    MRSA    Tbc    疥癬    その他 (   )  
 糖尿病  有  無   アレルギー  有  無 (    造影剤    抗生剤    キシロカイン    その他 (   )  
 妊娠の可能性  有  無

5. その他(腹部検査又は造影が必要である場合のみご記入ください)

腎機能異常  無  有 【Cr   mg/dl , BUN   mg/dl 】(検査実施日 平成 年 月 日)

透視検査  無  有 【UGI/Ba注腸:   月   日 Ba検査から1週間で降でなければ腹部CTは不能です。

