

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 (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 年 月 日)

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

