

CT 撮影検査依頼書

検査指示医へのお願い

患者さまの状態不良、麻酔を要する場合等、特別な指示のある場合は事前に放射線科までご相談ください。

高度の肝障害、腎障害がある場合は、その旨を必ず記載してください。

検査時には、フィルム等の各検査資料が有りましたら、患者さまに持参させてください。

撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください。

各項目の に印を入れ、検査目的等をできる限り具体的に、ご記入ください。

患 者	フリガナ 氏 名			
目的部位 (対象臓器)	頭部	胸部 (肺野・縦隔)	上腹部 (肝・胆・膵・腎)	その他 ()
肝障害	無し	有り	不明	
腎障害	無し	有り	不明	
妊娠の可能性	無し	有り	不明	否定
感染症	HB s	無し	有り	不明
	HCV	無し	有り	不明
	Wa 氏	無し	有り	不明
	その他 ()			
前回検査	無し	有り (年 月 日)		
	主な所見 :			
検査目的 (臨床診断、現病歴、臨床症状等)				
フィルム貸出		要 不要		

検査終了後直ちに、結果説明をさせて頂き、検査結果を患者さまにお持ち帰り頂きます