

## C T 検 査 依 頼 書

|   |   |                                |                                 |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 氏 名<br>殿                                    |   | 依頼病医院名                         |                                 |
| 生年月日<br>年 月 日 歳                             |   | 医師名                            |                                 |
| 住 所<br>カルテと同じ                               |   | 検査報告受信用FAX                     |                                 |
| 検査予定日                                       | R 年 月 日 AM/PM   | 時 分                            |                                 |
| 撮像部位  | <input type="checkbox"/> 頭部   | <input type="checkbox"/> 全腹部   | <input type="checkbox"/> インプラント |
|   | <input type="checkbox"/> 眼窩   | <input type="checkbox"/> 頸椎    | <input type="checkbox"/> その他    |
|   | <input type="checkbox"/> 副鼻腔  | <input type="checkbox"/> 胸椎    |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 頸部   | <input type="checkbox"/> 腰椎    |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 胸部   | <input type="checkbox"/> 骨盤    |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 上腹部  | <input type="checkbox"/> 四肢( ) |                                 |
| 検査方法  | <input type="checkbox"/> 単純   |                                | <input type="checkbox"/> 造影     |
| 撮影方法・画像処理                                   | <input type="checkbox"/> MPR処理 ( COR / SAG )<br><input type="checkbox"/> ダイナミック撮影<br><input type="checkbox"/> 3DCTA ( VR / MIP / SR ) |                                |                                 |
| 出力方法  | CD-R  |                                |                                 |
| 特別指示 (スライス厚や撮影範囲等の具体的な指示がありましたら、記載をお願いします。) |   |                                |                                 |
| 臨床診断  |   |                                |                                 |
| 臨床経過の要約                                     |   |                                |                                 |

造影剤使用に関する確認書への記載も宜しくお願い致します。

医療法人徳洲会 羽生総合病院 地域医療サポートセンター(連携担当)

検査予約受付 TEL. 048-563-1286

FAX. 048-562-5857