07	第7
	造8

CT検査依頼書（照射録）兼診療情報提供書（依頼元 控）1/3

□大原綜合病院　□大原医療センター　ご担当医師殿

※太枠内をお書きください

I D

氏名

生年月日

性別

診療科

提出日

体重　　kg　当院担当医師

紹介目的　CT検査依頼

ご依頼施設名

ご依頼医師名

検査予約日　平成　　年　　月　　日（　）曜日　時　分～

出力希望画像形態　□Film　□電子メディア　□プリント　読影（要・不要）

撮影指示　□単純(PL)　□造影(CE)

・造影ＣＴの場合は同意書をお願い致します。

・その他、撮影上の指示がある場合は細部指示欄にお書きください。

患者情報	
□ 歩　行　□ 車　椅　子　□ ストレッチャー	
・HBS　HCV&OTHRERS	（ ＋　－ ）
・ワ氏（ ＋　－ ）　MRSA（ ＋　－ ）　妊娠	（ ＋　－ ）
・アレルギーの既往歴（薬剤 喘息 その他）	（ ＋　－ ）
・造影剤による副作用の既往歴	（ ＋　－ ）
・その他特記すべき事項	

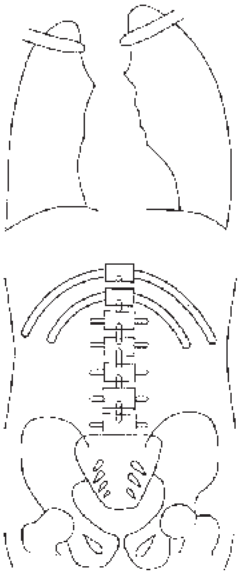
使用薬剤			
	生理食塩水	20ml	本
	生理食塩水	50ml	本
	生理食塩水	100ml	本
			本
	オムニパーク300シリンジ	100ml	本
	オプチレイ320シリンジ	100ml	本
	オムニパーク350シリンジ	100ml	本
	イオメロン350シリンジ	135ml	本
			本
	イオパミロン370シリンジ	80ml	本
	オイパロミン370シリンジ	80ml	本
	オイパロミン370シリンジ	100ml	本
			本

・臨床診断

・検査目的

・細部指示（撮影の指示も含めてお願いいたします）

画像作成部数　1部　2部　その他　　3D作成・その他



撮影部位				
	頭部		胸部	
		脳・血管		胸部（縦隔・肺）
		下垂体		乳房（右・左）
		眼窩		
		副鼻腔		
		内耳		
		側頭骨	腹部	
		顎関節		肝・胆・膵・脾
		上・下顎		腎臓・副腎
				尿管
	頸部			後腹膜リンパ節
		舌		子宮（卵管・卵巣）
		喉頭・喉頭		膀胱
		唾液腺		前立腺
		甲状腺・唾液腺		骨盤部
	椎体			
		頸椎（　～　）		
		胸椎（　～　）	心・血管	
		腰椎（　～　）		冠動脈
		骨盤		心・胸部大動脈
				腹部大動脈
	関節			肺動脈
		右・左（　）		四肢血管
	骨			
		右・左（　）		

撮影時間	午前／午後　時　分	技師名			
撮影条件	Kv	mA	sec	スキャン　回	
画像出力	PL　枚	CE　枚	CD　枚	DVD　枚	

一般財団法人大原記念財団　大原医療センター　地域連携室　電話 024-554-2417　FAX024-554-2436