医療法人財団 翔望会
常盤台外科病院

CT 検査依頼票

紹介元医療機関の名称　　ご担当医師名

患者氏名

生年月日　　性別

電話番号(日中連絡のとれる電話番号)

―　　―

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月　　日　　時　　分

＊下記事項のチェック☑をお願いいたします。

造影　　☐無　　☐有

●アレルギー(鉄【MRI】・ヨード【CT】)、ぜん息、小児ぜん息、妊娠又は妊娠の可能性、クレアチニン値(Cr)値2.0以上の方は原則、造影禁忌

感染症	☐無 ☐有	[ ]
手術歴	☐無 ☐有	[部位・術式等]
心臓ペースメーカー	☐無 ☐有	●MRI検査は禁忌 (CT検査は一部機種により禁忌)
除細動器	☐無 ☐有	●MRI・CT検査は禁忌
アレルギー	☐無 ☐有	[具体的にお願いします。]
その他患者様留意事項	☐無 ☐有	[ ]

臨床診断名

検査目的および臨床経過など

検査部位

☐ 頭部　☐ 副鼻腔　☐ 頚部

☐ 胸部　☐ 上腹部(肝・胆・膵・腎)

☐ 上腹部～骨盤部　☐ 冠動脈解析

☐ その他 [ ]

撮影に関して、ご要望があればご記入お願いいたします。(冠・矢状断層画像追加、3D表示等)

[ ]

読影	☐ 要	☐ 不要
画像	☐ CD	☐ フィルム

※チェック☑のない場合は各医療機関様との元々の取り決めに従います。

常盤台外科病院
〒 174-0071 東京都板橋区常盤台2-25-20
TEL 03(3960)7211～4 (代)
TEL/FAX 03(3960)1621 (放射線科直通)