CT検査　依頼・報告用紙（カルテ用）

検査日　　年　　月　　日　　曜日　　午前:午後　　時　　分

ID:	保険　国　社　労　事　生　他		独歩・車椅子・ベット
フリガナ		男・女	外来・入院(　　)号室
氏　名			紹介医療機関
平・昭・大・明	年　　月　　日生　　歳		
	妊　娠　調　査		ペースメーカー
	1．可能性はない 2．妊娠中であるが検査が必要		1．無 2．有

検査部位

具体的指示：	造影：　有　・　無
	依頼医師

使用造影剤・使用物品等
・イオパーク300シリンジ　100ml
・　　シリンジ　100ml
・注入セット 留置針 生食100ml 輸液セット 三方活栓付エックステンションチューブ
・その他

CT No.

担当技師

医療法人 興生会 吉本 整形外科 外科 病院
TEL 0745－53－3352