

# CT検査依頼書

患者情報
名前:
生年月日:
性別:

あなたの検査日は、
年 月 日
<input type="checkbox"/> 午前
<input type="checkbox"/> 午後 時 分です
依頼医師名

## 検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 単純のみ
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 全腹	<input type="checkbox"/> 単純+造影
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・腎)	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 造影のみ

## 検査目的(具体的に)

※感染症 無し・有り [ ]

※造影剤過敏症 既往無し・既往有り

※血清クレアチニン [ ]mg/dl

※1.0mg/dl以上の場合、注意して下さい。