ＣＴ撮影検査依頼書

検査指示医へのお願い

- 患者さまの状態不良、麻酔を要する場合等、特別な指示のある場合は事前に放射線科までご相談ください。
- 高度の肝障害、腎障害がある場合は、その旨を必ず記載してください。
- 検査時には、フィルム等の各検査資料が有りましたら、患者さまに持参させてください。
- 撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください。

各項目の□に印を入れ、検査目的等をできる限り具体的に、ご記入ください。

患　　者	フリガナ 氏　　名	

目的部位 （対象臓器）	□頭部　□胸部（　□肺野　□ 縦隔）□ 上腹部（ □ 肝　□ 胆　□ 膵　□ 腎） □その他　（　　）
肝障害 腎障害	□無し　□有り　□不明 □無し　□有り　□不明
妊娠の可能性	□無し　□有り　□不明　□ 否定
感染症	ＨＢｓ　□無し　□ 有り　□ 不明 ＨＣＶ　□無し　□ 有り　□ 不明 Ｗａ氏　□無し　□ 有り　□ 不明 □その他　（　　）
前回検査	□無し　□有り（　　年　　月　　日　　） 主な所見：
検査目的（臨床診断、現病歴、臨床症状等）	
特記事項	

神戸医療センター　〒654-0155兵庫県神戸市須磨区西落合３－１－１

地域医療連携室　　ＦＡＸ：０７８－７９５－６５９１