

# CT検査依頼書・照射録

施設名称

所在地

電話番号

依頼医師サイン(自筆でお願いします)

この用紙を記入の上、桜ヶ丘中央病院 地域連携課  
(FAX番号:046-279-3889)へFAXしてください

## 患者様情報

氏名 (フリガナ)				性別	
	氏名				
生年月日	年	月	日	電話番号	— —
住所	〒 242 - 0024				

## 検査情報

検査日時	年 月 日 ( )			妊娠の有無	
	時 分			画像のご提供方法	CD-R
				読影レポート	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部( )			<input type="checkbox"/> 骨盤( )	
	<input type="checkbox"/> 頸部( )			<input type="checkbox"/> 四肢( )	
	<input type="checkbox"/> 胸部( )			<input type="checkbox"/> 脊椎( )	
	<input type="checkbox"/> 腹部( )			<input type="checkbox"/> その他( )	
詳細指示 検査目的 臨床情報					
ペースメーカー の有無	無	有の場合:メーカー及び機種名 除細動器の有無 ( ) (メーカー名: 機種名: )			

- ・共同利用での造影検査は行いません。その場合は紹介検査でお願いします。
  - ・ペースメーカーを装着されている患者様に胸部CTを撮影する際、ペースメーカーの機種が以下に該当する、もしくは不明な場合、X線を照射すると誤作動を起こす可能性があるため、ペースメーカー部分を避けて撮影します。
- 除細動器付き  
○メドトロニック社製 セラ DR-i/D-i/S-i/SR-i/VDD-i
- ・撮影部分付近に体内金属がある患者様は、金属周辺部は診断機能が下がりますのでご了承ください

放射線科記入欄						
CTDI	DLP	撮影条件			FOV	担当技師
mGy	mGy・cm	kv	mA	sec	cm	