

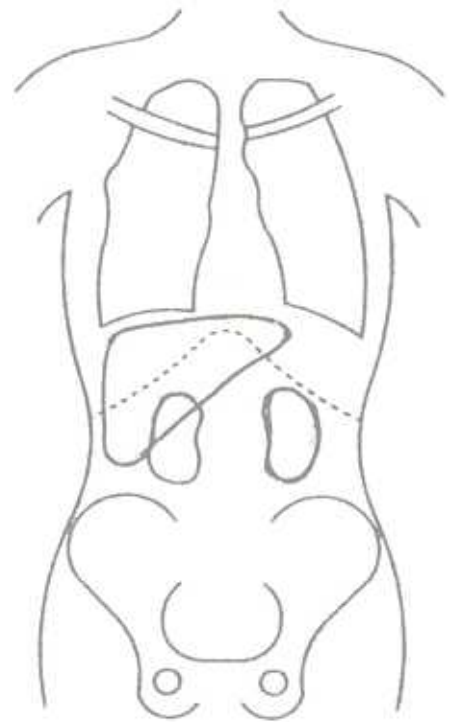
CT検査依頼表

ID 青木病院にて記入します		検査年月日 平成 年 月 日 :			
フリガナ		施設名			
氏名		依頼医師サイン			
生年月日 明・大 昭・平 年 月 日		腎機能関連	血液検査日(造影検査時に必要) 年 月 日		
年齢 歳	体重 kg		<table border="1"> <tr> <td>クレアチニン値</td> <td>eGFR</td> <td>グレード</td> </tr> </table>	クレアチニン値	eGFR
クレアチニン値	eGFR	グレード			
性別 男・女		造影後の点滴(グレード3以上で必要) ← なし あり(/ h)			
		撮影方法 単純撮影 ・ 造影撮影(単純含む)			

撮影部位

頭部(ルーチン・副鼻腔・めまい精査)	頸部(甲状腺・喉頭)
胸部(肺・縦隔)	上腹部(胃・肝臓・胆嚢・膵臓)
下腹部(腎臓・骨盤腔・腎臓～骨盤)	脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・骨盤)
上肢()	下肢()

コメント及び撮影方法



MPR作成 3D作成 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 5 mm)画像再構成のみ