

705

CT申込伝票

保 険	健 保	健 家	国 保	医 扶	労 災	自 費
登録番号						
氏 名						
生年月日						

依頼施設名

医師名

検査日

患者住所

市
町
村

予想される疾患

感染症 (有・無・疑)

【CT依頼理由】

妊娠または妊娠の可能性 有・無

単 純 撮 影	コード	11	頭部	コード	13	胸部	コード	12	腹部	コード	14	骨盤	コード	15	四肢	コード	16	その他	コード	造 影 剤		使用量	コード	フイルム	
単 純 撮 影			脳 副鼻 腔 頸 甲 状 腺 頸 椎 上頸・下頸			縦 隔 肺 胸 膜 心 大 動 脈			肝 ・ 脾 膵 腎 ・ 副 腎 後 腹 膜			膀 胱 子 宮 卵 巢 前 立 腺 脊 椎 ()			上 肢 下 肢				52	ガストログラフィン	3ml		41	半	切
																			30	イオパミロン300シリンジ	100ml	v	43	Dup(半切)	
																			31	イオパミロン370シリンジ	100ml	v			
																			32	イオメロン350シリンジ	100ml	v			
																			33	オムニパーク300シリンジ	150ml	v			
造 影 撮 影			脳 副鼻 腔 頸 甲 状 腺 頸 椎 上頸・下頸			縦 隔 肺 胸 膜 心 大 動 脈			肝 ・ 脾 膵 腎 ・ 副 腎 後 腹 膜			膀 胱 子 宮 卵 巢 前 立 腺 脊 椎 ()			上 肢 下 肢				34	生理食塩水	100ml	v			
																			35	生理食塩水	50ml	v			
																			36	生理食塩水	20ml	A			
																			37	酸素定置式()		min			
																			38						
																				39	ニトロール錠		錠		
																			40	ミオコールスプレー		puff			

造影検査時
のみご記入
下さい

造影剤使用歴 有・無 副作用 有・無 心疾患 有・無 前回CT 有・無 年 月 日

払い出しチェック欄	
所 属	
サイン	
放射線科チェック	

検査前容態チェック	担 当 師	担 当 看護師	CTNo	CE 有・無
CTNo	ヘリカル収集条件： mmスライス収集 mm (回) mmスライス収集 mm (回)			
スライス厚 1/2 mm	インジェクション条件：CE ml/sec ml sec 生食 ml/sec ml sec			
スライス枚数 1/2 枚	リアルプレップ ROI HU 回転速度 sec * internal carotid artery * ascending aorta * Ao(SMA) * Ao (renal artery)			
備考				

H19.6 5,000(H) 総合水沢病院

* 赤枠の部分をご記入下さい。

奥州市総合水沢病院 放射線科

709

MRI 申込伝票

依頼施設名

医師名

検査日

保 険	健 保	健 家	国 保	医 扶	労 災	自 費
登 録No						
氏 名						
生年月日						
発 行 日						

01	CT用フィルム(半切)	枚	03	マグネビスト 10ml	A
09	Dupフィルム(半切)	枚	04	マグネビスト 15ml	A
			16	ポースデル 250ml	袋
06	生食 20ml	A	13	グルカゴンG	B
07	生食 100ml	B	14	グルカゴンS	B
08	パドリン	A	15	リゾビスト	B

検査部位	②0 頭部	21 脳	④0 胸部	41 縦隔	⑤0 腹部	51 胃・小腸・大腸	⑥0 骨盤部	61 骨盤骨	⑦0 四肢	78 肩関節
		22 後頭蓋窩		42 肺・肋膜		52 肝臓		62 子宮・卵巣		71 上腕
		23 眼窩		43 心臓		53 胆のう・胆管		63 前立腺		72 前腕
		24 副鼻腔		44 胸壁・肋骨		54 膵臓		64 膀胱		73 大腿
	25 トルコ鞍		45 胸椎(Th)		55 脾臓					74 下腿
	26 聴器・耳下腺				56 腎臓					75 股関節
	③0 頸部	31 咽頭・喉頭	その他	46 腰椎(L)		57 副腎				76 膝関節
		32 甲状腺		47 リンパ節		58 後腹膜腔				77 足関節
		33 頸椎(C)		48 大動脈						
チェック項目	(必ず記入して下さい)		有・無	有・無		有・無		有・無		有・無
	心臓ペースメーカー		<input type="checkbox"/>	てんかん	<input type="checkbox"/>	手術用クリップ類、ペッツ	<input type="checkbox"/>	鼓室形成術、偽眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	動脈瘤クリップ		<input type="checkbox"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	人工骨頭、人工関節、プレート	<input type="checkbox"/>	緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	冠状動脈バイパスクリップ		<input type="checkbox"/>	妊娠または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	入墨、パーマネットアイライナー	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他動脈クリップ		<input type="checkbox"/>	狭所恐怖症	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	人工心臓弁		<input type="checkbox"/>	長時間(30分)の静止が可能か	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	造 影	有・無	<input type="checkbox"/>	CT検査	有・無	<input type="checkbox"/>	年 月 日	部位		

臨床診断 () 確 ・ 疑 ・ 精査

検査目的

病歴および

主要検査所見

医師

記

入

欄

感染症(有・無・疑)

注1)体内に金属がある場合は種類・大きさ・部位を知らせて下さい。

注2)ペースメーカー使用者および妊娠初期の検査はできません。

注3)原則として1検査・1部位として下さい。

払い出しチェック

所属

サイン

放射線科チェック

撮 像 記 録		T R	T I	T E	スライス厚	スライス数	方向数	MIP数	C E	患者容態 チェック
	2DMRA・MRCP								有・無	体重 kg
	3DMRA・MRCP								有・無	
	3DT1FASE								有・無	
	方 向	T R	T I	T E	スライス厚	スライス数	AVER		C E	技
	A C S								有・無	師
	A C S								有・無	看
A C S								有・無	護	

H19.6 5,000(H)

総合水沢病院MRI室

* 赤枠の部分をご記入下さい。

奥州市総合水沢病院 放射線科