

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<br>純<br>撮<br>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 | フィルム |  |
|------------------|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|-----|-----|-------|--|-----|-----|------|--|
|                  |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |     |     |       |  |     |     |      |  |
| 造<br>影<br>撮<br>影 |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |     |     |       |  |     |     |      |  |
|                  |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |     |     |       |  |     |     |      |  |
|                  |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |     |     |       |  |     |     |      |  |
|                  |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |     |     |       |  |     |     |      |  |
|                  |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |    |     |    |     |     |       |  |     |     |      |  |

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：<br>mmスライス収集 mm ( 回)<br>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<br>ml/sec ml sec<br>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<br>* internal carotid artery * ascending aorta * Ao (SMA)<br>* 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 | ②①頭部 | 21 | 脳      | ④①胸部 | 41 | 縦隔     | ⑤①腹部 | 51   | 胃・小腸・大腸 | ⑥①骨盤部 | 61 | 骨盤骨   | ⑦①四肢 | 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 |
|      | ③①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 |
|        | 心臓ペースメーカー    |  |     | てんかん            |     |
|        | 動脈瘤クリップ      |  |     | 不整脈             |     |
|        | 冠状動脈バイパスクリップ |  |     | 妊娠または妊娠の可能性     |     |
|        | その他動脈クリップ    |  |     | 狭所恐怖症           |     |
|        | 人工心臓弁        |  |     | 長時間(30分)の静止が可能か |     |
|        |              |  |     | 気管支喘息           |     |
|        |              |  |     | 手術用クリップ類、ペッツ    |     |
|        |              |  |     | 鼓室形成術、偽眼        |     |
|        |              |  |     | 人工骨頭、人工関節、プレート  |     |
|        |              |  |     | 緑内障             |     |
|        |              |  |     | 入墨、パーマネントアイライナー |     |
|        |              |  |     | その他             |     |

造影 有・無

CT検査 有・無 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

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

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