CT検査依頼書

フリガナ 氏名	様		
生年月日	T・S・H 年　月　日	性別	男・女

依頼施設	
指示医	

外科・内科					
頭頚部	□頭部	□甲状腺	□頚部		
	□眼窩	□副鼻腔	□聴覚器	□上顎	□下顎
胸腹部	□胸腹部	□胸部	□腹部		
	□肝胆膵	□腎	□骨盤		

検査日	年　月　日
午前・午後	時　分

整形外科					
椎体 骨盤	□頚椎	□胸椎	□胸腰椎移行部		
	□腰椎	□仙尾椎	□骨盤		
胸郭	□肋骨	□胸骨	□肩甲骨	□鎖骨	両・右・左
上肢	□肩関節	□上腕	□肘関節		両・右・左
	□前腕	□手関節	□手		
下肢	□股関節	□大腿	□膝関節		両・右・左
	□下腿	□足関節	□踵骨	□足	

指示		
撮影方法	□単純	□骨条件
撮影方向	□Axial □Coronal	□Sagittal □3D

○ 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査は控えていただきます。

○ ペースメーカー、埋め込み型除細動器のある方の胸部検査は控えていただきます。

○ 普段飲んでいるお薬は欠かさず飲んでください。

○ 腹部を検査する方は検査４時間前から絶食でお願いします。（水、お茶は摂っても大丈夫です。）

○ 検査は仰向けで行い、5分程で終了します。

詳細指示

管電圧	mAs	スキャン回数		デジタル管理	技師
		単	造		

医療法人　慈照会　むさしのメディカルクリニック