CT検査依頼書（照射録）

医療法人社団光恵会 芝西医院　外来担当医　御侍史
〒333-0855　埼玉県川口市芝西2-30-6
TEL ：048-424-2898　FAX ：048-424-2891

患者様情報	紹介元医療機関様情報
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
氏名　　様 （男 / 女）	
生年月日　　年　　月　　日（　　歳）	担当医師：

予約日時：　　年　　月　　日　（　　時　　分より検査開始）
※ 検査時間の20分前までにご来院下さい

病名 検査目的 臨床経過		
検査種別	CT検査	
撮影部位	□頭部　□頸椎　□胸椎　□腰椎～仙尾骨 □骨盤　□股関節　□四肢　（　　） □胸部　□腹部　□その他（　　）	
ｵｰﾀﾞｰ詳細	読影：必要・不要(検査のみ)	ルーチン撮影 Ax　Sg　Co

女性の方へ※ 妊娠または妊娠の可能性はありますか？	□　いいえ
体内に金属を埋め込む手術を 行ったことはありますか？	□　はい　□　いいえ
心臓ペースメーカー　又は 植込み式除細動器を装着していますか？※	□　はい　□　いいえ
1週間以内にバリウム検査をしましたか？※	□　はい　□　いいえ

※　胎児が受ける放射線の影響には、胎児死亡や奇形、精神発達遅滞などの発生があります。
※　ペースメーカー・除細動器に一定の放射線が照射されると不具合が生じる可能性があります。
※　消化管内にバリウムが残存していると、診断に支障をきたす可能性があります。

検査のみの依頼の場合、初回のみ医療機器共同利用契約書が必要です。検査後に患者様にCD-ROMをお渡しします。
読影を要する場合には、契約書は不要です。読影レポートとCD-ROMを貴院へ郵送いたします。