

信州上田医療センター
共同利用 CT検査依頼書

送信先

国立病院機構信州上田医療センター
 地域連携室

FAX : 0268-22-1893
 (TEL : 0268-22-1890(代))

検査希望日 月 日 () ※予約枠 火・木・金曜日の8:30~9:00、16:00~16:30

患者氏名	フリガナ	当院の受診歴 (有・無・不明)
	様	
生年月日	年 月 日 (歳)	性別 男 女
住所	電話 ()	
	携帯 - -	
	連絡先	

紹介元 医療機関名	TEL	-	-
所在地	FAX	-	-
医師名	先生		

※ 依頼するにあたり、下記の①~⑤の有無に○を付けて頂き、型番・詳細の記入をお願いします。

①	ペースメーカーの有無 (有・無)	*メドトロニック社 InSync8040型・セラシリーズは禁忌	④	その他金属の有無 (有・無)	
②	体内埋込型除細動器 ICD (有・無)	*撮影範囲に入っている場合は禁忌	⑤	妊娠 (有・無)	
③	インシュリンポンプ (有・無)	*パラダイム722・ミニメド620Gポンプ (型番で対応が異なる為、記入をお願いします。)			

撮影部位にチェックを付けて頂き、部位・内容についての詳細記入をお願いします。

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳実質)	診断名・主症状・撮影目的・撮影条件指示
	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳以外:)	
	<input type="checkbox"/> 頸部	
	<input type="checkbox"/> 胸部	
	<input type="checkbox"/> 腹部 (横隔膜~腎下極)	
	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
	部位・範囲 (骨・軟部) を記載下さい。	
	<input type="checkbox"/> 上肢 (R・L、範囲)	
	<input type="checkbox"/> 下肢 (R・L、範囲)	
	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)	
<input type="checkbox"/> その他 ()		
		※ どちらかにチェックをお願いします。
		読影レポート <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要