

九州鉄道記念病院 CT検査申込書

(フリガナ)		性別	検査日時	年	月
氏 名		☐ 男 ☐ 女	☐ 午前 ☐ 午後	時	分

生年月日	依頼元施設名	依頼医
☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 才		

検査種類	☐ 単純のみ ☐ 単純+造影 ☐ 造影のみ ※腹部検査は単純も検査前の食事
------	---

《検査部位》 ※特に指示がない場合、当院施行方法で検査致します

ルーチン	単純特殊	造影	造影血管3D
頭部 ☐	中耳ターゲット ☐	急性腹症 ☐	頸部-脳動脈 ☐ 脳梗塞+下肢
頸部 ☐	胸部HRCT ☐	meta check ☐	全大動脈(解離) ☐ 冠動脈CTA
頸部-胸部 ☐	腹腔内脂肪測定 ☐	肝・脾臓3phase ☐	胸部大動脈 ☐
胸部 ☐	上肢 骨 3D ☐		腹部大動脈 ☐ 管腔
上腹部(横隔膜-腎下極) ☐	下肢 骨 3D ☐		腹腔動脈 ☐
腹部(上腹部-骨盤腔) ☐			腎動脈 ☐
胸部-骨盤 ☐			下肢動脈(ASO) ☐

上記部位・項目以外

臨床診断
病歴・検査目的(部位、詳細は出来るだけ詳しくご記入をお願いします。)



送付先 : FAX 093-381-1077 (連携室専用)



造影検査チェックシート(造影時必須です)

①同意書 ☐	③身 長 cm	⑤血清クレアチニン値 mg/
②絶 食 ☐	④体 重 kg	※水分はお茶や水で補給してください(牛乳・コー

◎クレアチニン値1.5超、eGFR値60未満の場合、補液が必要となります。

腎機能が低下している患者さんの造影検査は、ご相談ください。

*冠動脈CTA： 検査時心拍数が70を超える場合、βブロッカーの投与が必要となります。

日
より

師名

はできません

支静脈 ☐
* ☐

3D

--



dl(3ヶ月)

-ヒーは不可)

送付先 : FAX 093-381-1077 (連携室専用)