

画像撮影・診断申込書

申込日：平成 年 月 日

岩手県立大船渡病院地域医療福祉連携室 宛

FAX番号：0192-27-7170

紹介元医療機関： _____ 電話番号： _____

紹介元医師名： _____ FAX： _____

検査希望日時：平成 年 月 日 時 分

(ふりがな)	()	性別	生年月日	明大 年 月 日生
患者氏名		男・女		昭平 ()歳
住所	〒 - TEL() -			
岩手県立大船渡病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有り(診察券番号:) <input type="checkbox"/> 無し				
検査種類	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI	検査部位
造影	<input type="checkbox"/> 要 (e-GFR値()) <input type="checkbox"/> 不要			
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明			
診断	<input type="checkbox"/> 診断・レポート必要 <input type="checkbox"/> 撮影のみ			
検査目的・指示事項				

【保険情報】

勤務先		連絡先	
被保険者名		続柄	
保険種別	社保・国保	前期・後期高齢者医療	その他 公費負担医療
保険者番号			
記号・番号 受給者番号			
本人・家族 負担割合	本人・家族	1割・2割・3割	本人・家族
資格取得年月日			
有効期限			
備考			

岩手県立大船渡病院 地域医療福祉連携室

TEL:0192-26-1111(内線 2022,6788) FAX:0192-27-7170

CT 検査票

No 1 各科控

登録No			
氏名			
生年月日 性別			
検査日	年 月 日	AM PM	時 分
予約日	年 月 日	入院A	病棟 外来 B
住所	診療録に同じ		CTNo.

科名	内科01	精神05	呼吸10	循環12	小児14	一外15	整形19	脳外20	形成21	皮膚23	泌尿24	産婦25	眼科27	耳鼻28	放射29	麻酔32	神経37	医師		技師	
----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	----	--	----	--

スキャン部位	F55	単	純	造	影	単	純	+	造	影
頭部(101)										脊椎(251)
1. 脳										1.
2. 眼 筋										2.
3. 聴 器										その他
4. 鼻 筋										1.
5. 脳 梗										2.
6. Xe-Cbr										

見本
 複写式の伝票となっております。
 ご希望の際は当院地域医療福祉連携室
 (TEL 0192-26-1111)までお問い合わせく
 ださい。

病歴の要約 検査目的 指示事項

造 影 剤	ゼノンコールド	80	Λ69895	本	ヘマトクリット値 (Xe-CT時)	
	オムニパーク 300 シリンジ	100ml	Λ56630	本	投与方法	特 記 事 項
	オムニパーク 300 シリンジ	50ml	Λ56637	本	点 滴 静 注 経 口 腹腔穿刺	感染症 + -
	イオメロン 300 シリンジ	100ml	Λ57078	本		
	イオパミロン 300 シリンジ	100ml	Λ56770	本		
	オプナレイ 320 シリンジ	100ml	Λ56966	本	フイルム枚数	・半切 (601S)
	バリトップCT	300ml	Λ28273	本		枚
			本	・コピー半切有・無		枚
			本	有・無		
部 位	電 圧	電 流	厚 さ	時 間	距 離	スキャン数
	KV	mA	mm	sec	mm	

E55111

決定 年 月 日

岩手県立大船渡病院 241