

CT 検査 (記録)

ID

氏名
年齢
性別

検査日時
年 月 日 ()
午前・午後 時 分

科 医師

臨床病名・検査目的

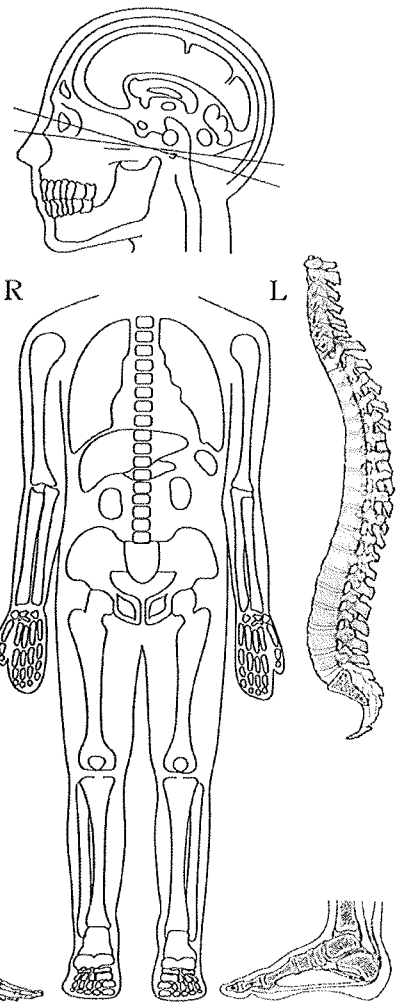
外来・入院 (3F・4F・5F)・検診 体重 kg
他施設 []

検査部位

頭部・頸部	胸部・腹部	上肢	脊椎	計測
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 腹部 (上・下) <input type="checkbox"/> 肝・胆・腎・膵 <input type="checkbox"/> 骨盤 (臓器・骨) <input type="checkbox"/> 生殖器	<input type="checkbox"/> 肩関節 R・L <input type="checkbox"/> 上腕部 R・L <input type="checkbox"/> 肘関節 R・L <input type="checkbox"/> 前腕部 R・L <input type="checkbox"/> 手関節 R・L <input type="checkbox"/> 手 R・L <input type="checkbox"/> 股関節 B・R・L <input type="checkbox"/> 大腿部 R・L <input type="checkbox"/> 膝関節 R・L <input type="checkbox"/> 下腿部 R・L <input type="checkbox"/> 足関節 R・L <input type="checkbox"/> 足部 R・L	<input type="checkbox"/> 頸椎 (C.) <input type="checkbox"/> 胸椎 (Th.) <input type="checkbox"/> 腰椎 (L.) <input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 体脂肪計測 身長 _____ cm 体重 _____ kg
			その他	

検査内容
方向 ルーチン 横断面 矢状断 冠状断 3D
ルーチンは体軸に直交する横断面です
 薬剤 単純 造影 (薬剤名)
↑ 造影検査はCT室までご連絡下さい (内線232)
 原則的に主治医によるivになります。
 条件 ルーチン 骨条件 軟部条件

注意・指示事項



検査事前チェック

主治医の判断により検査可能	主治医の判断により造影可能
妊娠 (月) 有・無	腎障害 有・無
ペースメーカー 有・無	重篤な肝障害 有・無
造 影 不 可	アレルギー 有・無
喘息・ヨードアレルギー 有・無	透析 有・無
多発性骨髄腫 有・無	授乳 有・無
造影剤副作用既往 有・無	甲状腺疾患 有・無

医事

検査内容	薬剤
<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> イオメロン300シリンジ 100ml
<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> イオパミロン300シリンジ 50ml
	<input type="checkbox"/> イオパミロン300ボトル 100ml
画像記録用フィルム	<input type="checkbox"/> ビリスコピンDIC50 100ml
<input type="checkbox"/> B4×【 】枚	<input type="checkbox"/> イソピスト240・300 10ml
<input type="checkbox"/> 半切×【 】枚	<input type="checkbox"/> その他【 】

記録

撮影条件	kV	mA	sec.
画像番号		技 師	