CT検査　診療情報提供書

検査予定日　令和　　年　　月　　日

氏名	様	男女　才

※造影剤使用検査のある場合は造影剤検査同意書に記入同封してください。

※検査目的・臨床診断等・・・　　病院・医院　　科　Dr.

撮像部位	頭部・頸部	胸部	腹部
○印をお付け　下さい。	頭部 副鼻腔 頚部 甲状腺	胸部	肝臓～腎臓 肝臓～骨盤腔 骨盤腔
その他 （上記以外）			
造影の有無	無　・　有　（下記の造影方法を選択して下さい。） □　静注法　（通常の造影法） □　ダイナミック法　（上腹部を動脈相、門脈相、平衡相で3回撮影）		
※　基本的に造影ありの場合、単純+造影になります。 前回単純のみで今回は造影だけでよい場合は右の欄にご記入下さい。　（　　）			

社会医療法人　緑壮会　金田病院