

歯科CT照射録 (診療情報提供書)

ライラッククリニック

〒242-0004大和市鶴間2-11-29第2大和クリニックモール3F

☎ 046-204-5551 FAX 046-204-5586

ID		予約日	年	月	日	曜日
フリガナ						
氏名		予約時間		時	分	
生年月日	M・T S・H		年	月	日	歳
連絡先	昼間 () 自・勤 夜間 () 自・勤	※上記検査予約時間の15分前に御来院ください				
住所	カルテと同		指示医師名			

CT

依頼内容		臨床診断							
撮影部位	<table border="1"> <tr> <th>右側</th> <th>左側</th> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	右側	左側	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	検査部位、臨床経過および検査目的 (具体的に)	
右側	左側								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
撮影部位、撮影方法などについて、特別な指示があれば以下に記載ください									

CT造影の有無	無	有	一任	放射線科医の読影書	無	有
---------	---	---	----	-----------	---	---

血清クレアチニン値 mg/dl
 (目安:3か月以内) クレアチニン値2.0以上の方は造影不可となります。透析治療中の方はお電話ください

喘息(小児喘息、既往歴のある方含む)	無・有	腎機能障害	無・有
造影剤のアレルギーの既往	無・有	甲状腺機能障害	無・有
造影剤以外のアレルギー	無・有	妊娠の可能性	無・有

具体的に

撮影条件						
部位	撮影内容	管電圧 Kv	管電流 mA	照射時間 s	距離 cm	グリッド