

ใบส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสุโขทัย โทร. 073-517500-9 ต่อ 3100

วันที่..... ชื่อ..... อายุ..... ปี HN.....

Ward.....เบอร์โทร.ติดต่อผู้ป่วย.....สิทธิการรักษา.....

Computed Tomography (CT)

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Brain | ☐ Upper abdomen | ☐ Chest |
| ☐ Neck | ☐ 3 – Phase Liver | ☐ KUB |
| ☐ Orbit | ☐ Lower abdomen | ☐ Spine |
| ☐ PNS | ☐ Whole abdomen | ☐ Others..... |
| ☐ ฉีด Contrast ☐ ไม่ฉีด Contrast | | |

สำหรับรังสีแพทย์ Protocol

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Plain CT | ☐ กิน |
| ☐ Post-con | ☐ ฉีดCC. |
| ☐ Arterial..... | ☐ Venous..... |
| ☐ Delay..... | ☐ |
| ☐ สวน | |

ประวัติและการตรวจร่างกาย.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัย.....

จุดประสงค์การขอตรวจ.....

☐ ประวัติภูมิแพ้/หอบหืด/ลมพิษ.....☐ ประวัติการแพ้ยา/อาหารทะเล/แพ้สารที่บ่งชี้.....

ประวัติการตั้งครรภ์, LMP.....

ผล BUN/Creatinine/GFR..... วันที่ตรวจเลือด.....

* ผล BUN/Creatinine/GFR ไม่เกิน 1 เดือน

แพทย์ผู้ส่งตรวจ..... โทรศัพท์.....

☐ ขอผลอ่าน ☐ ไม่ขอผลอ่าน