



ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลสินทราย

เบอร์ติดต่อ 091-599-5095

ชื่อ-นามสกุล:.....HN:.....อายุ.....ปี. เบอร์ที่ติดต่ได้.....

วันที่นัดทำ CT.....เวลา.....น. Department: ☐ ER ☐ OPD ☐ WARD.....

เรียกเก็บ : ☐ โรงพยาบาล.....☐ ผู้ป่วย(สำรองจ่าย) ☐ อื่นๆ.....

สิทธิการรักษา : ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ พรบ. ☐ อื่นๆ.....

PARTS OF INVESTIGATION

BRAIN:	☐ Brain NC	☐ Brain CM	☐ Facial bone	☐ Orbits (NC , CM)
HEAD AND NECK	☐ Temporal bone(IAC) (NC,CM)	☐ PNS (NC , CM)	☐ NECK (NC, CM)	☐ Larynx (Vocal cord)
SPINE:	☐ Cervical	☐ Thoracic	☐ Lumbosacral	☐ Spine Level.....
CHEST:	☐ CHEST NC	☐ CHEST CM	☐ HRCT	☐ LDCT
ABDOMEN:	☐ UPPER ABD	☐ LOWER ABD	☐ WHOLE ABD	☐ Cystography
	☐ Urinary tract (KUB) (Stone Protocol)	☐ Urography	☐ Fistulography	☐ 3 Phase liver Additional multiphase
CTA	☐ CTA Brain	☐ CTA Neck	☐ CTA Thoracic aorta	☐ CTA Abdominal aorta
	☐ CTA PE	☐ CTA Upper Extremity	☐ CTA Femoral runoff	☐ CTA Renal artery
MSK:	☐ Extremity and Joint.....		☐ Add 3D CT Scan	
	☐ OTHERS		☐ Add 3D CT Scan	

Cr.mg/dl eGFR*mL/min/173 m2 (ตรวจเมื่อ.....)

ประวัติการแพ้ ☐ อาหารทะเล ☐ สารทึบรังสี ☐ แพ้ยา ☐ อื่นๆ..... ☐ ไม่แพ้

หญิงวัยเจริญพันธุ์ ☐ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)..... ☐ Menopause

☐ UPT ผล.....วันที่.....

ความเร่งด่วน

☐ Emergency

☐ Urgency

☐ Not Urgency

CLINICAL HISTORY / PHYSICAL EXAMINATION.....

PROVISIONALDIAGNOSIS.....

PHYSICIAN.....CODE.....TEL.....(โปรดระบุ) วันที่ขอ.....