Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

RAD-FR-01
ประกาศใช้1 ก.ย.59
แก้ไขครั้งที่2

DIAGNOSTIC IMAGING REQUEST

Name.. AGE................. SEX................

H.N...................................... WARD......................... DATE..

ขอผล ◯ ด่วน ◯ ไม่ด่วน

เอกสารควบคุม

REQUEST FOR

X-Ray Specify position	Computed tomography (CT scan)	Special study	Ultrasound
O Chest..............................	O Brain ____ With Contrast	O Barium swallow	O Upper abdomen
O Skull..............................	____ Non Contrast	O Upper GI series	O Lower abdomen
O C-spine..........................	____ Radiologist judgement	O Long GI study	O Liver
O T- spine.........................	Creatinine = ...	O Barium enema	O Kidney
O T- L spine......................	O Chest	O Barium enema with air	O Thyroid
O L-S spine.......................	O Upper abdomen	O I.V.P.	O Breast
O Paranasal sinuses	O Lower abdomen	Creatinine =...................	O Others..................
O Plain K.U.B.	O Spine..	O Others...........................	O Others..................
O Plain abdomen	O CT angiography..........................		
O Pelvis	O Others..		
O Others...........................	O Others..		
O Others...........................	O Others..		

ประเมินการตั้งครรภ์ ก่อนการเอกซเรย์

◯ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้
◯ ไม่ตั้งครรภ์/คุมกำเนิด...
◯ ตั้งครรภ์...........เดือน แพทย์ทราบ..ชื่อแพทย์
ลงนาม.......................................รังสีเทคนิค/จนท.หอผู้ป่วย /ผู้ซักประวัติ
วันที่...เวลา.......................................น.

History & clinical finding...
....
....

Diagnosis...

****หมายเหตุ****
ในการตรวจ CT SCAN และ Special study
ที่ต้องมีการฉีด contrast media ให้ตรวจหาค่า Creatinine
ก่อนส่งตรวจทุกราย ยกเว้นในรายที่แพทย์ระบุว่าไม่ฉีด Contrast media

Requested by..

สำหรับเจ้าหน้าที่เอกซเรย์

X-Ray (General / Special study)

รังสีเทคนิค	ภาพ	QC ภาพส่ง	DR	CR

CT scan

รังสีเทคนิค	
QC ภาพส่ง	

วันที่เอกซเรย์.......................................ผู้จัดใบส่งตรวจให้แพทย์แปลผล.................. จัดเตรียมเสร็จเวลา................. แพทย์แปลผลเสร็จเวลา.................

หมายเหตุ

- ....
- ....
- ....