

CT検査依頼票

撮影日時	年	月	日	時	分頃
紹介医	病院 医院		科・Dr		
患者氏名	ふりがな			殿	男・女
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	
電話	自宅	局	—		
	(連絡先)	局	—		
装置の故障・修理等により撮影できない場合連絡させていただきますのでご記入下さい					
ご依頼理由(病歴・主な症状など)					読影希望の有無 (無・有)
撮影部位 ○印をお付けください	1) 頭部 2) 頸部 3) 脊椎・脊髄(頸椎・胸椎・腰椎) 4) 胸部 5) 腹部 6) 骨盤 7) 右・左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手関節) 8) 右・左下肢(股関節・大腿・膝・下腿・足関節) 9) その他()				
備考					

検査前の安全点検項目

心臓ペースメーカー (無・有)	その他手術による体内金属など 部位() 材質()
-----------------	-------------------------------

恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。