

C T 検査依頼書

氏名

C T No.

性別 男 ・ 女

様

医院・病院紹介

生年月日 年 月 日

予	年	月	日 ()	医
約	時	分	師	

電話番号 () -

住所・カルテ記載と同じ

部	1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 肝 5. 膵 6. 脾 7. 胆のう 8. 腎 9. 副腎 10. 骨盤内臓器
位	11. 頸椎 12. 胸椎 13. 腰椎 14. 四肢 () 15. その他 ()

plain enhance plain & enhance

主		臨床		診断	
訴					

要望・その他

検査データを当日必要な場合（患者様に手渡し）はチェックして下さい

HB s (+ -) MRSA (+ -) ワ氏 (+ -) HCV (+ -) その他、感染症 ()

院内使用欄

撮影技師	地域連携室	フィルム枚数	備考
		半切 枚	