

C T検査依頼書

氏名

C T No.

様

性別 男 ・ 女

医院・病院紹介

生年月日 年 月 日

予

年 月 日 ()

医

電話番号 () -

約

時 分

師

住所・カルテ記載と同じ

部 1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 肝 5. 脾 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 ()

独立行政法人 地域医療機能推進機構 三島総合病院 放射線科
〒411-0801 三島市谷田字藤久保2276 T E L 055-975-3031

2015.06 改訂
2026.08 改訂