

他院CT検査 依頼書

患者氏名		検査日 年 月 日 時 分	
生年月日		御依頼元医療機関名	依頼医師
単純CT	絶食（有・無）	妊娠（有・無）	
撮影部位			
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 脊髄(頸椎・胸椎・腰椎)	
<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 股関節	
<input type="checkbox"/> 鼻骨	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・脾・腎)	<input type="checkbox"/> (左・右) 肩・肘・手関節・手	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> (左・右) 大腿・膝・足関節・足	
<input type="checkbox"/> 頸部		<input type="checkbox"/> その他()	
臨床経過 及び 検査目的			

*上記をすべてご記入ください