

共同利用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及び施設名		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