

C T 検査依頼票

患者 ID : _____

御依頼元施設名		指示医名	
検査日	令和	年	月 日
フリガナ			性別
患者氏名	様		男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R	年	月 日 才
検査目的・症状・病名			
造影剤の使用	単純検査のみでお願いします。		
撮像部位			
<input type="checkbox"/> 頭 部	・		
<input type="checkbox"/> 頸 部	・		
<input type="checkbox"/> 胸 部	・		
<input type="checkbox"/> 上腹部	・ 肝・胆・膵・脾・腎		
<input type="checkbox"/> 下腹部	・		
<input type="checkbox"/> 脊 椎	・ 頸椎		
	・ 胸椎		
	・ 腰椎		
<input type="checkbox"/> 骨 盤	・		
	・		
<input type="checkbox"/> 上 肢 (右・左)	・ 部位 ()		
<input type="checkbox"/> 下 肢 (右・左)	・ 部位 ()		
<input type="checkbox"/> その他	・		
* 詳細な指示			