

CT検査依頼書

※ 当院記入欄

※ ID:

記入日 年 月 日

患者氏名	(ふりがな)			男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成			歳
	年	月	日	
身長	cm	体重	Kg	

ご依頼された医療機関名
紹介医師名
TEL: ()
FAX: ()

読影結果 (希望に○)	1. 郵送 (数日かかります)	2. FAX (読影完了次第)	3. 不要
----------------	--------------------	--------------------	-------

検査画像は CD-R でお渡しします

検査予定日時

年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

下記について、できるだけご記入ください

臨床診断:

検査目的・既往歴・治療の経過・その他

※ 当院医師名

検査部位 (1 検査 1 部位でのオーダーをお願いします。)

頭部	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部・顔面 (副鼻腔)
頸部	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 軟部組織
胸部	<input type="checkbox"/> 肺野・縦隔	
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝胆膵腎)	<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 全腹部
整形系	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 ()

撮影条件	CTDIvol	DLP	技師名
120 kV mA sec scan	mGy	mGy・cm	