

CT 検査 依頼票

医療機関名

医師名

フリガナ

患者氏名

男・女

生年月日

年 月 日

◆ 検査部位 【 右 ・ 左 】

- 頭部 顔面 頸 頸部 胸部 腹部 骨盤
 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨
 股関節 大腿 膝関節 下腿 足関節 足部
 肩関節 上腕 肘関節 前腕 手関節 手部
 その他 ()

◆ 検査目的

◆ 読影所見 【 要 ・ 不要 】

安全な検査を行うために必ず記入してください

◆ 体内電子機器 ペースメーカーなど 【 有 ・ 無 】

◆ 妊娠の可能性 【 有 ・ 無 】

◆ その他 ()

患者情報 (難聴・片麻痺など)

()

玉造病院

使用欄 検査日時

年

月

日

ID

技師名