

CT検査依頼伝票

患者様氏名	撮影日： 年 月 日	予約時間
生年月日	依頼元機関名 ()	時 分
	依頼医師()	

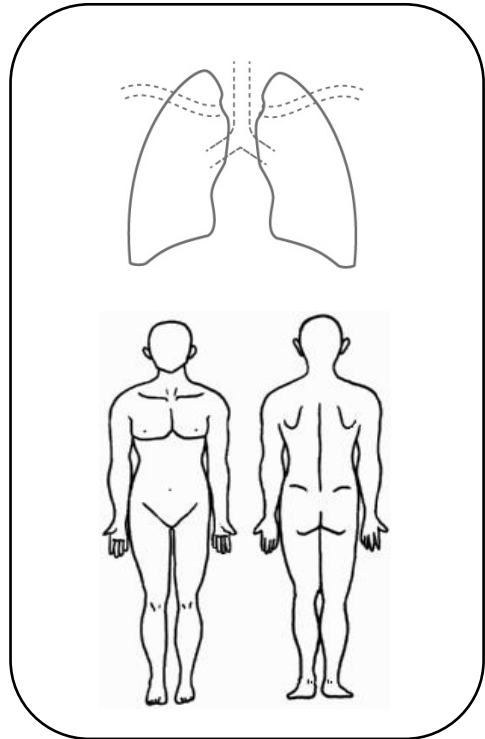
	撮 影 部 位	単 純	増 強	材 料
1	頭部 ()	-	+	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム 枚 造影剤()
2	胸部 ()	-	+	
3	上腹部 ()	-	+	
4	上腹部～骨盤腔 ()	-	+	
5	脊髄(頸椎・胸椎・腰椎)	-	+	
6	四肢 ()	-	+	
7	その他 ()	-	+	

医師コメント(詳細に必ず記入)

① (病名)

② (撮影部位)

③ 検査(目的)



医療法人恒貴会 協和中央病院 CT 室