

CT 検査依頼書

患者氏名					
生年月日	年	月	日		
依頼医師名					
検査部位	頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部
	頸椎	胸腰椎	四肢	その他()	
臨床症状・検査目的					
検査希望日	当日中	それ以降でも可			
検査希望時間帯	9:00~10:00	10:00~11:00	11:00~12:00		
	14:00~15:00	15:00~16:00	16:00~17:00	17:00~18:00	
画像データ	患者手渡し	郵送	どちらでもよい		
ADLの程度	ストレッチャー	車いす	独歩(杖などの補助有り)		独歩
読影の有無	希望する(後日郵送となります)			希望しない	
妊娠、または妊娠の可能性	あり	なし	※ありの場合は検査不可です		

※検査部位に関して、その他を希望される場合は、お手数ですが事前にご相談下さい。

※臨床症状・検査目的は、検査部位の確認も兼ねております。

簡単で結構ですので、ご記入をお願い致します。

※造影検査には対応できません。ご了承下さい。