

医療機器共同利用 CT 検査依頼書

検査希望日 ① 月 日 ( )		希望時間 ( ~ )	
② 月 日 ( )		希望時間 ( ~ )	
フリガナ		当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明 )	
患者氏名		当院 I D ( )	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男 ・ 女
住 所		電話	- -
		携帯 (その他連絡先)	
紹介元		T E L	- -
医療機関名		F A X	- -
医師名			
撮 影 部 位	<input type="checkbox"/> 頭部	診断名・主症状・撮影目的・撮影条件指示	
	<input type="checkbox"/> 頸部		
	<input type="checkbox"/> 胸部		
	<input type="checkbox"/> 上腹部		
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔		
	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤		
	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤		
	<input type="checkbox"/> 股関節 ( R ・ L )		
	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)		
<input type="checkbox"/> 上肢 ( R・L 部位 )	読影レポート <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 *必ずチェックをお願いします		
<input type="checkbox"/> 下肢 ( R・L 部位 )			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			
チェックリスト			
体内埋込型除細動器	有 ・ 無	妊娠	有 ・ 無
ペースメーカー	有 ・ 無		

TEL 082-292-3260

地域医療連携室 (直通)

CT検査につきましては、事前の同意書が必要ですので、検査説明・同意書の署名記載をお願いします