ＣＴ検査依頼書

医療機関名：　　主治医：
電話番号　：　　担当者：

フリガナ	男・女　　才
氏名	M・T・S・H　　年　　月　　日生
情報形態　　CD　・　Film　希望	体　重　　Kg

臨床診断名	
手術歴	
現病歴	
検査目的	造影剤：無　・　有（腎機能必須）

検査部位　□頭部　□脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　□胸部　□骨盤部

□眼窩　□頸部(耳鼻科領域)　□　腹部

□冠動脈（CT-Angio）　□下肢（CT-Angio）

□その他（　　）

※CT撮影条件　Thicknessや後処理にご希望があれば記入下さい。

例　眼窩は視神経に沿って、2mmのAX・SAGを作成して欲しい。

予約日時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

医療法人治久会　もみのき病院