

依頼日 令和 年 月 日

大館市立扇田病院

FAX 番号 0186-55-1028

医療機器共同利用 CT 検査依頼書

検査希望日 月 日 ()		希望時間 (~)
患者氏名	フリガナ	当院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)
	様	患者 I D ()
生年月日	年 月 日 (歳)	性別 男 ・ 女
住所		電話 ()
		その他連絡先

紹介元		TEL	- -
医療機関名			
所在地		FAX	- -
医師名			

※依頼するにあたり、下記①、②の有無に○を付けていただきますようお願いします。

①	金属等	(有・無)		③	妊娠	(有・無)
---	-----	-------	--	---	----	-------

撮影部位にチェックを付けていただき、部位・内容について詳細記入をお願いします。

撮影部位	☐ 頭部	診断名・主症状・撮影目的・撮影条件指示
	☐ 頸部	
	☐ 胸部	
	☐ 腹部 (横隔膜～腎下極)	
	☐ 骨盤部	
	部位・範囲 (骨・軟部) を記載ください。	
	☐ 上肢 (R・L、範囲)	
	☐ 下肢 (R・L、範囲)	
	☐ 脊椎 (頸部・胸椎・腰椎・仙尾骨)	
	☐ その他	※どちらかにチェックをお願いします。
	()	読影レポート ☐ 要 ☐ 不要