

CT検査依頼・予約票

青葉丘病院 医事課宛

FAX送信・病院提出用

年 月 日

フリガナ
患者氏名 _____

医療機関名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 () _____

性別・年齢 男・女 歳

FAX番号 () _____

電話番号 () _____

御担当医名 _____

検査希望日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

◇ ご依頼される撮影部位にチェックをつけてください。

※ 腹部検査の場合、3時間以上の絶食が必要になります(水分は水、お茶のみ可)

※ 造影検査につきましては応相談とさせていただきます

撮影部位	当院では疾患に応じて必要な画像処理をさせていただきます
1. 頭頸部	
<input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 頸部	
2. 胸部	
<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔)	
3. 腹部・骨盤部	
<input type="checkbox"/> 腹部(横隔膜～腸骨稜) <input type="checkbox"/> 骨盤部(腸骨稜～恥骨) <input type="checkbox"/> 全腹部	
4. 脊椎	
<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙・尾骨 <input type="checkbox"/> 全脊椎	
5. 四肢・関節	
<input type="checkbox"/> 肩関節(R・L) <input type="checkbox"/> 肘関節(R・L) <input type="checkbox"/> 手関節(R・L) <input type="checkbox"/> 上腕・前腕(R・L)	
<input type="checkbox"/> 股関節(R・L) <input type="checkbox"/> 膝関節(R・L) <input type="checkbox"/> 足関節(R・L) <input type="checkbox"/> 大腿・下腿(R・L)	
6. その他	
()	

臨床所見・検査目的および撮影方法をご記入ください。

◇ 下記の項目にチェックをつけて下さい。

女性の方は妊娠、またはその可能性 有 無

画像データの出力方式 CD-R フィルム

医療法人恒昭会 青葉丘病院

電話番号 (072)365-3821 FAX番号 (072)366-5436