

# CT検査依頼票

年      月      日	
貴院名	依頼医名
予約日	令和      年      月      日
予約時間	時      分
貴院TEL	

フリガナ	
患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平      年      月      日
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	
TEL	

検査部位	詳細部位	再構成画像		
	(当院ルーチン)	(2mmスライス厚)		
頭部	頭部	軟部条件	横断像	矢状断像
頭頸部	眼窩、副鼻腔、内耳、鼻骨、顔面		冠状断像	
頸部	喉頭、咽頭、唾液腺、甲状腺	骨条件	横断像	矢状断像
胸部	胸部		冠状断像	
腹部	腹部	肺野条件 (胸部のみ)	横断像	矢状断像
上肢	(右:左) 肩関節、肘関節、手関節		冠状断像	
下肢	(右:左) 股関節、膝関節、足関節	その他		
脊椎	頸椎、胸椎、腰椎、仙/尾骨			
その他				

注: 複数の部位も選択可能です(表示にない部位はその他に記入をお願いします)

注: 関節系撮影の場合は必ず左右どちらかを丸で囲って下さい

検査目的・臨床情報・既往歴 (具体的にお願いします)

注: 当院技師より検査目的確認の連絡をさせて頂く場合がございます

読影依頼	あり	なし
------	----	----

注: どちらか必ず囲って下さい

坂井市立三国病院 地域連携室  
 TEL    0776-82-5222  
 FAX    0776-82-7050