

当院カルテNo

ID-NO

### CT検査依頼票

検査予約時間

平成 年 月 日 ( 曜日 )  
午前 : 午後 時 分

大正 昭和 平成 年 月 日  
男・女 才

様

#### 患者情報

紹介元医療機関の所在位置及び名称

診療科名

電話番号

【検査部位】 検査項目を○で囲んでください。

- ・頭部CT    ・副鼻腔CT    ・頸部CT    ・下垂体CT
- ・デンタルCT(上顎・下顎)
- ・胸部CT    ・上腹部CT    ・下腹部CT    ・全腹部CT
- ・椎体CT    ・(頸椎・胸椎・腰椎)    その他(

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴  
症状経過及び治療経過

現在の処方

右記の項目について、検査の安全性を確認し、依頼します。

依頼医師名

読影希望

無

有

保険請求用診断名

フィルム

要

不要

CDR

要

不要

患者の状態 : 独歩・車椅子・ストレッチャー ]

点滴・酸素( )L

フィルム枚数

DicomCD

Paper Copy

KV(管電圧)

mA(管電流)

Sec(時間)