

委託契約専用

(CT撮影のみの依頼)

CT検査依頼票・照射録

(社)鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院

FAX(0858)43-2732 TEL(0858)43-1321(代表)

※特殊検査、検査内容等につきましては、放射線科までご相談ください。

平成 年 月 日

貴院名	検査予約日 平成 年 月 日		
	時 分		
フリガナ	明・大・昭・平		
氏名	殿	年 月 日生(歳)	
住所		性別(男・女) 体重(Kg)	
		TEL() -	
検査部位(具体的に)	撮影方向		
頭部 胸部 上腹部 下腹部 骨盤部	<input type="checkbox"/> 当院ルーチン		
頚椎 胸椎 腰椎	AX ・ SAG ・ COR ・ 3D		
関節(肩 肘 股 膝)(右 左)	※この用紙は単純撮影の依頼のみに使用します。		
その他()			
臨床診断(疑)			
既往歴・臨床情報・検査目的			
<input type="checkbox"/> 画像読影レポート作成の依頼			
心臓ペースメーカー 無・有	型式()		
妊娠 無・有	撮影条件	Kvp	mAs
データ出力方式	依頼医署名	撮影技師署名	検査日
CD-R・フィルム 枚			平成 年 月 日