

委託契約専用

(CT撮影のみの依頼)

CT検査依頼票・照射録

鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院

FAX(0858)24-6252 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。

令和 年 月 日

貴院名	検査予約日	令和	年	月	日
				時	分
フリガナ	大・昭・平・令				
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				
頸椎 胸椎 腰椎	AX ・ SAG ・ COR ・ 3D				
関節 (肩 肘 股 膝) (右 左)					
その他 ()	※この用紙は単純撮影の依頼のみに使用します。				
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 枚			令和	年	月 日