

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

医事課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			
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							
画像読影レポート作成の依頼				<input type="checkbox"/> 通常依頼(2営業日 3,000円税別)			
				<input type="checkbox"/> 緊急依頼(4時間以内 3,500円税別)			
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	