

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 氏名	大・昭・平・令 殿 年 月 日 生 (歳) 性別(男・女) 体重(Kg) TEL() -
住所	
検査部位(具体的に) 頭部 胸部 上腹部 下腹部 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 関節(肩 肘 股 膝)(右 左) その他()	撮影方向 <input type="checkbox"/> 当院ルーチン AX • SAG • COR • 3D ※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

画像読影レポート作成の依頼

- 通常依頼(2営業日 3,000円税別)
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	