

医療機器共同依頼書 (CT)

患者氏名	様	生年月日	年 月 日
希望予約日	20 年 月 日		(歳)
紹介元医療機関の所在地及び名称			
依頼日	20 年 月 日	医師氏名	
読影	☐ 必 要 ☐ 不 要		

検査機器	検査部位	単純・造影
CT	☐ 頭部	☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 単純 + 造影
	☐ 頸部	
	☐ 胸部	
	☐ 上腹部	
	☐ 骨盤部	
	☐ 頸部～上腹部	※ eGFR値 採血日 20 年 月 日 ※ 造影、単純 + 造影のご依頼の場合は、 eGFR値と採血日【検査予定日から3ヵ月以内】を 必ず記載してください。
	☐ 胸部～上腹部	
	☐ 上腹部～骨盤部	
	☐ 胸部～骨盤部	
	☐ 頸部～骨盤部	
	☐ 胸部～下肢	
	☐ 上肢	
	☐ 下肢	
	☐ その他 ()	
	☐ 肝ダイナミック	
	☐ 胆道・膵臓ダイナミック	
	☐	
傷病名		
検査目的		