

医療機器共同依頼書 (CT)

FAX番号：0256 - 33 - 5836

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	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		

検査機器	検査部位	単純・造影
CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影 ※ 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。
	<input type="checkbox"/> 頸部	
	<input type="checkbox"/> 胸部	
	<input type="checkbox"/> 上腹部	
	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 頸部～上腹部	
	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	
	<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 頸部～骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 胸部～下肢	
	<input type="checkbox"/> 上肢	
	<input type="checkbox"/> 下肢	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 肝ダイナミック		
<input type="checkbox"/> 胆道・膵臓ダイナミック		
<input type="checkbox"/>		
傷病名		
検査目的		