

# [CT依頼書]

年 月 日

紹介元機関 \_\_\_\_\_

ご依頼医師 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

<b>【予約日時】</b>	年 月 日 ( )	時	分
フリガナ			性別
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日生 ( 歳 )
城西病院での受診歴	有 ・ 無 ・ 不明		
<b>検査部位</b> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨) <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L ) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L ) <input type="checkbox"/> その他 (R・L ) <small>※撮影手技については、当院ルーティン撮影とさせていただきます</small>	<b>傷病名・検査目的・撮影指示</b>		
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要 (FAX: _____ )		<input type="checkbox"/> 不要

※画像データはCDに出力し、患者様にお渡しいたします

※読影レポートは外部委託する為、撮影日の翌々日返答になります 読影完了後速やかにFAX致します

※ご予約の**20分前**に来院していただきますよう、よろしくお願い致します

※妊娠中の方、またその可能性のある方は**検査受けられません**

社会医療法人 達生堂 城西病院

TEL 0296-33-2111

放射線部(内線3162)