

CT 検査依頼用紙

検査日時 令和 年 月 日 時 分

総合病院 落合病院

総合支援センター

TEL 0867-52-1133

FAX 0867-52-1160

紹介元医療機関	
名称:	病院 科 医院
医師名:	先生

フリガナ	性別	生年月日
氏名 様	男 女	年 月 日
住所	連絡先	
	— —	

装置の故障・調整などで予約変更をお願いすることがございますがあらかじめご了承ください。

保険証	記号・番号	公費番号①							
	保険者番号	受給者番号							
	有効期限	~	有効期限	~					
	続柄	本人・家族	負担割合	割					

検査部位を○で囲んでください。原則1検査1部位をお願いします。電話予約後この用紙をFAXして下さい。

頭・頸部系	胸部系	腹部系	骨盤系	椎体系	上肢系	骨盤系
					右・左	右・左
頭部 副鼻腔 聴器 頭部CTA 頸部 頸部CTA その他	肺・縦隔 その他	腹部(全体) 上腹部 腹部血管 その他	骨盤 骨盤血管 その他	頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙・尾骨 全脊椎 その他	肩関節 上腕 肘関節 前腕 手関節 手 上肢血管 その他	股関節 大腿 膝関節 下腿 足関節 足 下肢血管 その他

造影	無・有	腎機能: 月 日 eGFR: 造影‘有’の場合: 造影剤問診票を確認ください。
----	-----	---

身体情報	身長・体重 cm kg
------	-------------

検査目的・臨床診断	
-----------	--