

CT 検査依頼書

(診療情報提供書)

FAX:048-685-3155

予約日時		
年	月	日
午前・午後	時	分

※緊急検査等により予約時間よりもお待たせする場合があります。予めご了承ください。

ふりがな			依頼医療機関名		
患者氏名					
生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日 (歳)		依頼医師名 (署名)		
性別	男 ・ 女	身長	cm	体重	kg
当院受診歴	□有 (診察券番号:) □無		※分かる範囲で結構です		

検査目的
既往歴及び症状経過・治癒経過など

CT 撮影部位 ・一つだけ☑をい れて下さい ・()内は 選択肢に○を つけて下さい	頭部	□脳 □内耳中耳 □眼窩 □副鼻腔 □顔面 □顎骨
	頸部	□頸部 □耳下腺・顎下線 □甲状腺
	胸部	□胸部
	胸腹部	□胸腹部 □胸腹部～足
	腹部	□全腹部
	脊椎・骨盤骨	□頸椎 □胸椎 □腰椎 □胸腰椎 □骨盤骨 □股関節
	上肢	□右・左 (肩・肩甲骨・上肢・肘・前腕・手関節・手指)
	下肢	□右・左 (股関節・大腿・膝関節・下腿・足関節・足趾)
※当院では単純検査のみになります。		
検査結果	画像CD-ROM	□当日患者様持ち帰り □読影報告書と同封で郵送
	画像読影	□要 □不要
	読影報告書	□郵送 □至急 (要ご相談)

ご注意

おなか (腹部) の検査を受ける方: 食事制限6時間 (午前・午後 時 分～)

※お水・お茶のみ飲水可

下記欄は患者様に記載依頼をお願いします。

CT検査 同意書	
担当医師から検査の必要性和放射線被ばくの説明を受け、CT検査を受けることに同意します。	
年 月 日	
氏名:	本人・代理人代筆
(代理人氏名:	続柄:)
※代理人代筆の場合はご記入をお願いします。	