

CT検査依頼申込票

検査予定日	年	月	日	時	分
氏名	様			男・女	
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	(歳)
依頼施設				医師	

臨床診断名	検査部位及び目的 (詳細にお願いします)
	胸部 腹部 脊椎 (範囲: ~) 股関節 骨盤 上肢 () 下肢 () その他 ()
病歴及び症状	
画像処理	MPRのみ MPR + 3D画像 その他 ()
CT検査について	
※ 造影剤使用の検査には対応していません。 ※ ペースメーカーまたは植込み型除細動器(ICD)を装着されている場合は、予約時担当者へお伝えください。特にICDを装着されている方は検査ができない場合がありますので、事前に確認をお願いいたします。 ※ 画像データは検査終了後、CD-Rに入れて患者様にお渡しいたします。	