

CT**単純 CT 検査依頼書（共同利用検査）****FAX用**

西暦 年 月 日

患者様情報

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒 ー 電話番号	

紹介元医療機関

名称	
医師名	
TEL・FAX	

*ご依頼の検査と撮影部位のチェックをお願いします。

3営業日以内 翌日FAX 至急読影

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 胸腹部 (2部位検査)
検査目的	検査に対するご要望があれば、併せて記載してください	
装着医療器具	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> ペースメーカー
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
注意事項	・共同利用CT検査は単純CT検査のみです。 ・腹部CT検査は4時間前より食事を控えてください。(水・お茶は飲めます) ・造影CT検査やICD移植術後の検査は、医療連携室へご紹介ください。	