〔紹介患者検査予約用〕

ＣＴ撮影検査（単純）依頼書

紹介元医療機関へのお願い

・患者さんの状態不良、麻酔を要する場合、その他特別な指示がある場合は、事前にご相談ください。

・検査時は、フィルム等の各種検査資料を患者さんにお渡しいただき、持参してもらってください。

患者名（ふりがな）		生年月日	年　月　日　歳
検査部位	□ 頭部（脳、側頭骨、眼窩、副鼻腔）　□ 頸部　□ 胸部　□胸腹部 □ 腹部（肝、胆、膵、腎、骨盤）　□ 四肢（上肢、下肢） □ その他（　　） ※撮影部位が複数になる場合は、該当部位にチェックしてください。		
前回検査	□ 初　□ 再　（　年　月　日）		
ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ	□ 無　□ 有		
検査目的			
特記事項			

2017.6 改訂