

CT検査依頼書

患者情報

名前:

生年月日:

性別:

あなたの検査日は、

年 月 日

午前

午後

時

分です

依頼医師名

検査部位

頭部

骨盤

単純のみ

胸部

全腹

単純+造影

上腹部(肝・胆・膵・腎)

その他()

造影のみ

検査目的(具体的に)

読影依頼 [有り・無し]

※感染症 無し・有り []

※造影剤過敏症 既往無し・既往有り

※血清クレアチニン []mg/dl

※1.0mg/dl以上の場合、注意して下さい。



三省会 堀江病院 放射線科
TEL: 0276-38-8715 (直通)