

CT検査依頼票

他院様用

氏名
(カタカナ)
生年月日

男・女

依頼施設名		
医師	看護師	整理
撮影日	年	月 日
時間	時	分

検査部位	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) <input type="checkbox"/> 四肢 ()	

臨床所見	
------	--

依頼内容	
------	--

その他特記事項	
---------	--

DACS 取込み済 **読影済**

担当技師 _____