

CT検査依頼書

依頼元機関名	電話番号	依頼医師名
予約日時	検査開始時間	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分 来院時間 午前・午後 時 分
フリガナ		
患者氏名	様(男・女)	生年月日 年 月 日
筑西市民病院受診歴	無・有	ID
県西総合病院受診歴	無・有	ID
茨城県西部メディカルセンター受診歴	無・有	ID
撮影部位(複数選択可)		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・尾骨)	
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L)	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上肢 (R・L)	
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 下肢 (R・L)	
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 内蔵脂肪測定 (身長 cm, 体重 kg) ⇐ 内蔵脂肪測定時は記入してください。		
備考		
※ 撮影条件等について、特別なご指定が無い場合、当院ルーチンを適用させていただきます。		
傷病名		
既往歴等		
症状経過・検査目的(できるだけ詳細に記入してください)		
現在の処方及び備考		
チェックリスト(体内磁性体の有無など)		
<input checked="" type="checkbox"/> ペースメーカー	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 除細動器 有・無
<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠	有・無	除細動器装着者の検査は実施できません。
<input checked="" type="checkbox"/> その他		

読影レポート(有料) 必要 不要

※画像データはCDRに出力し、検査終了後に患者様へお渡しいたします。

※読影レポートをご希望の場合、依頼元へ郵送でのご返却させていただきます。

茨城県西部メディカルセンター 地域医療連携室

電話 0296-24-9111(代表)

FAX 0296-24-9115(直通)