ＣＴ検査依頼用紙

申込日　　年　　月　　日

ご紹介元医療機関
名称 住所　〒 診療科、医師名 FAX番号 電話番号

患者様情報		
ふりがな	性別　男　・　女	
氏名	年齢　　歳	年　　月　　日生
住所　〒		
自宅電話番号　　－　　－	携帯電話番号　　－　　－	

希望日時	年　　月　　日　　時

１．依頼内容	ＣＴ撮影　単純
	撮影後当日診察　☐ 要　☐ 不要　（不要の場合は当日CD-Rのみお渡しします） 放射線科読影(後日)　☐ 要　☐ 不要　（結果郵送に1週間程度かかる場合があります）
２．病名	
３．部位　※お願い　１日１部位にてお願いします。	
頭部	☐ 脳　☐ 眼窩部（骨）　☐ 眼窩部（軟部組織） ☐ 副鼻腔　☐ 3D-CTアンギオ（造影にて脳血管が見れます。）
頚部	☐ 甲状腺　☐ 軟部組織
胸部	☐ 肺野　☐ 縦隔　☐ 大動脈
腹部	☐ 肝～膵　☐ 肝～腎　☐ 全腹部　☐ 下腹部
骨格	☐ 頚椎（　～　番）☐ 胸椎（　～　番）☐ 腰椎（　～　番） ☐ 骨盤　☐ 他（　　）
その他	☐ （　　）
４．備考	

受付時間　9:00～11:30、13:00～17:00（日、祝は休み）FAXは24時間稼働

医療法人尚和会　宝塚第一病院　**FAX 0797-87-9606**　TEL 0797-84-8811（代表）

当院使用欄

ＩＤ：　　事務部担当：　　外来担当：