

氏名		検査予約日		CT検査				
		年 月 日 ( )						
生年月日		年	月	日	歳	午前 ・ 午後	時	分
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部		<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 (骨盤)		緊急度 普 ・ 急				
<input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 ( )				独歩 ・ 車椅子 ・ 担送				
造影		有 ・ 無		内科	外科	整外	脳外	循内
<input type="checkbox"/> オムニパーク300シリンジ 100ml× 本 <input type="checkbox"/> その他								
				指示医師		撮影技師		
検査目的								