

| | | | |
|------|---|-----------|---------|
| | | 検査実施日 | CT検査依頼書 |
| 氏名 | | 年 月 日 () | |
| 生年月日 | | 午前・午後 時 分 | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |

| | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部 |
| <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 |
| <input type="checkbox"/> (右・左) 肩関節 | <input type="checkbox"/> (右・左) 肘関節 | <input type="checkbox"/> (右・左) 手関節 |
| <input type="checkbox"/> (右・左) 手 | <input type="checkbox"/> (両・右・左) 股関節 | <input type="checkbox"/> (右・左) 膝関節 |
| <input type="checkbox"/> (右・左) 足関節 | <input type="checkbox"/> (右・左) 足 | <input type="checkbox"/> 骨盤 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

| | | | | | |
|----|-----|----------|------|----------|--|
| 造影 | 有・無 | 指示 医師 | | 撮影 技師 | |
| | | 所見 | 要・不要 | | |

| | |
|------|--|
| 検査目的 | |
|------|--|

| | |
|--------------|--|
| 撮影技師 コメント | |
|--------------|--|