

		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	
--------------	--