

CT検査依頼票

検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間(午前・午後) _____ 時 _____ 分

医師名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

▼フィルム出力▲

読影依頼

本人手渡し・依頼元へ郵送・CD-R・MO・不要

有・無

通信欄(診断名・症状・撮影目的等)

C T 検 査

単 純

頭 部	頸 部	胸 部	腹 部	骨 盤
椎 体 ()
四肢部 ()
その他 ()