

# CT 検査依頼書 <引地クリニック>

ふりがな	生年月日
氏名	年 月 日
性別 男・女	
貴医院名・依頼医師名	
医師	

検査予約時間:令和 年 月 日 時 分です。

※検査開始15分前までに来院してください

☆臨床診断名(確・疑)および検査目的  
(読影依頼の文書となりますので、できるだけ詳細にお願いいたします。)

臨床病名；

経過；

- 頭部  頸椎  胸椎  腰椎  腰椎  股関節
- 胸部  腹部(上腹部、上腹部～骨盤)
- その他(◇右 ◇左手、前腕、上腕)(◇右 ◇左 大腿、下腿、足)

\* 心臓ペースメーカー(有、無) 除細動器(有、無)

\* 迅速読影結果依頼必要(撮影後1時間で結果が届きます)(有、無)