

# CT 検査依頼書

患者氏名	/ <input type="checkbox"/> 初めての受診 <input type="checkbox"/> 以前に受診歴あり
生年月日	年 月 日
医療機関名及び医師名	
検査部位 ○を付けて下さい	頭部 頸部 胸部 腹部 胸腹部 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 四肢（左・右 部位：） その他（ ）
撮像に関する特記事項	
臨床症状／検査目的	
検査希望日	・本日の検査を希望 ・後日の検査を希望 → 月 日
検査希望時間帯 ○を付けて下さい	09:00~10:00 / 10:00~11:00 / 11:00~11:30 14:00~15:00 / 15:00~16:00 / 16:00~17:00 / 17:00~17:30
画像データ	患者手渡し ・ 郵送
ADL の程度	ストレッチャー ・ 車いす ・ 独歩（杖などの補助あり） ・ 独歩
読影の有無	希望する（後日郵送となります） ・ 希望しない
妊娠または妊娠の可能性	あり ・ なし ※ありの場合は検査不可です

※撮影内容については、**基本的に当院のルーチン**(下記)で対応させていただきます。

それ以外に追加が必要な場合は、**撮像に関する特記事項欄**にご記入ください。

※検査部位に関して、**その他を希望される場合は、お手数ですが事前にご相談ください。**

※臨床症状・検査目的は、**検査部位の確認も兼ねております。**

**簡単で結構ですので、ご記入をお願いします。**

※造影検査には対応できません。ご了承ください。

## 【当院ルーチン】

- |                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| 頭部 : Plain+骨条件                   | 四肢 : Plain+骨条件 (AXI、SAG、COR) |
| 胸部 : Plain+肺野条件 (AXI、COR)        |                              |
| 腹部 : Plain (AXI、COR)             |                              |
| 胸腹部 : Plain (AXI、COR)、肺野条件 (AXI) |                              |
| 脊椎 : Plain+骨条件 (AXI、SAG、COR)     |                              |