

メディカルパーク今池 CT 検査依頼票

検査予約日(西暦) 月 日 () 時 分 から

FAX 送信先 052-715-6178

依頼日(西暦) 年 月 日
依頼元施設名 依頼元医師名

依頼元電話番号 FAX

フリガナ		生年月日(西暦)	年 月 日	性別
氏名	様	電話番号		
住所				

問診	☐ 全て「なし」 ☐ なし ☐ あり 妊娠の可能性 ※以下の該当者は胸部(肺)撮影・頸部撮影が行えません。 ☐ なし ☐ あり 心臓ペースメーカー ☐ なし ☐ あり 埋めこみ型心臓除細動器 ※以下の該当者で、胸部(肺)撮影・腹部撮影を予約の際はお問い合わせください。 ☐ なし ☐ あり CT 検査予定日の 1 週間以内にバリウム検査を実施
検査内容	☐ 頭部 ☐ 頸部(甲状腺含む) ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 臍部(内蔵脂肪量測定) ☐ 骨盤部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙椎・尾骨 ☐ その他()
検査目的	
臨床診断	
現病歴	
伝達事項	