

いずみの病院 CT検査 依頼票

フリガナ 患者氏名	様
(T・S・H)	
生年月日	年 月 日 (男・女)
身長	cm ・ 体重 kg
いずみの病院でのID (当院受診歴のある方)	

依頼施設名	:
電話番号	:
FAX番号	:
依頼医師	:
FAX送信者	:

希望日時	第一希望	年	月	日 ()	時頃	・ 午前	・ 午後
	第二希望	年	月	日 ()	時頃	・ 午前	・ 午後

検査部位	<頭頸部>
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部
	<胸部>
	<input type="checkbox"/> 胸部単純 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部単純 <input type="checkbox"/> 胸部(乳房腋窩)～腹部単純 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔単純
	<input type="checkbox"/> 胸部・大血管単純 <input type="checkbox"/> 乳腺・腋窩単純
	<腹部～骨盤腔>
	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 鼠径部単純 <input type="checkbox"/> 腹部・大血管単純
	<脊椎>
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤骨
	<肋骨/胸骨/鎖骨単純>
	<input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 鎖骨単純
	<股関節>
	<input type="checkbox"/> 股関節単純
	<四肢>
	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 下肢()
	<その他>

<臨床診断・病歴・指示事項>