

CT 指示票

前回検査（有・無）

検査日時

年

月

日

フリガナ	
氏名	様
生年月日	西暦 年 月 日（男・女）

依頼施設	
依頼医師	

検査部位	【頭頸部】 ☐ 頭部 ☐ 眼窩 ☐ 頸部
	【胸部】 ☐ 胸部 ☐ 肋骨 ☐ 鎖骨 ☐ 胸骨 (右・左)
	【腹部】 ☐ 上腹部 ☐ 腹部～骨盤腔
	【骨盤部】 ☐ 骨盤部 ☐ 鼠径部 ☐ 骨盤骨
	【脊椎】 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 胸腰椎移行部 ☐ 腰椎 ☐ 仙骨・尾骨
	【上肢】 ☐ 肩関節 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手 (右・左)
	【下肢】 ☐ 股関節 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ 足 (右・左)
	【その他】

【臨床診断・病歴・指示事項】

--

CT No.

撮影者