

CT 指示票

前回検査（有・無）

検査日時	年 月 日	時 分
------	-------	-----

フリガナ		依頼施設	
氏名	様		依頼医師
生年月日	西暦 年 月 日（男・女）		

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