

CT撮影依頼伝票

年 月 日

明神館クリニック 行

依頼医療機関名 TEL() - /FAX() -

医師氏名

フリガナ	生年月日
患者氏名	大・昭・平・令 男・女 年 月 日(歳)
住 所 〒	
連絡先	

●妊娠 あり・なし

●当院受診歴 あり・なし

診断名	主症状								
撮影目的	撮影条件(特に希望があればご記入ください)								
撮影種別	単 純								
部位	<table border="0"> <tr> <td>頭部</td> <td>頸部</td> </tr> <tr> <td>胸部</td> <td>頸椎</td> </tr> <tr> <td>肝胆膵腎</td> <td>胸椎</td> </tr> <tr> <td>骨盤</td> <td>腰椎</td> </tr> </table>	頭部	頸部	胸部	頸椎	肝胆膵腎	胸椎	骨盤	腰椎
頭部	頸部								
胸部	頸椎								
肝胆膵腎	胸椎								
骨盤	腰椎								
その他									

●読影レポート 至急(当日 FAX) 翌日(要 FAX・郵 送)

検査日 第1希望	第2希望	第3希望
(月 日午前・午後)	(月 日午前・午後)	(月 日午前・午後)

※ 受付時間 火曜～金曜 8:30～17:30、月・土曜 8:30～12:30

予約担当者()