

②

検査時に持参するためコピーして患者様へお渡しください

CT検査依頼書（医療機器共同利用）

氏名：

生年月日：（明・大・昭・平・令） 年 月 日

午前

検査予約時間： 年 月 日 時 分からです

午後

検査開始 30 分前までに来院してください

撮 影 法	撮 影 部 位
C T	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部
	上腹部・下腹部・頸椎・胸椎・腰椎・その他（ ）
造影の有無	単純
主 訴	
現 病 歴	

※腹部撮影は空腹でお願い致します。

※水分制限はありませんが乳製品の飲用は避けてください。

貴院名・依頼医師名