単純CT検査依頼書（共同利用検査）

FAX用

西暦　　年　　月　　日

患者様情報

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	
住所	〒　　ー　　電話番号	

紹介元医療機関

名称	
医師名	
TEL・FAX	

＊ご依頼の検査と撮影部位のチェックをお願いします。

□3営業日以内　□翌日FAX　□至急読影

撮影部位	□ 頭部	□ 胸部
	□ 頸部	□ 腹部
	□ その他（　　）	□ 胸腹部（2部位検査）
検査目的	検査に対するご要望があれば、併せて記載してください	
装着医療器具	□ 無し	□ ペースメーカー
	□ その他（　　）	
注意事項	・共同利用CT検査は単純CT検査のみです。 ・腹部CT検査は4時間前より食事を控えてください。（水・お茶は飲めます） ・造影CT検査やICD移植術後の検査は、医療連携室へご紹介ください。	