ＣＴ検査依頼票 **他院様用**

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼施設名** |  |
| 医師 | 看護師 | 整理 |
| 撮影日　　　年　　　月　　　日 |
| 時間　　　　時　　　　分 |

（カタカナ）

氏　　名

生年月日　　　　　　　　　　　　　男・女

|  |
| --- |
| **検　査　部　位** |
| □**頭部**　□**頚部**　□**胸部**　□**腹部**　□**骨盤腔**　□**その他**（　　　　　　　）□**脊椎**（　**頚椎・胸椎・腰椎・仙椎**） □**四肢**（　　　　　　　　　 　 ） |
| **臨床所見** |  |
| **依頼内容** |
| **その他特記事項** |

**□　DACS取込み済　 □　読影済**

担当技師

**医療法人社団仁成会　高木病院**