

所在地

CT検査 (読影) 依頼票

照射録

カナ

サイン

氏名 様 (男・女)

依頼医 Dr.

生年月日 年 月 日生 才

依頼日 年 月 日

検査部位

1、頭部 イ) ルーチン

5、胸部 イ) 縦隔部

ロ) 骨条件

ロ) 肺

(病歴・特殊指示等)

2、副鼻腔

6、腹部 イ) 肝・膵・胆のう・脾

ロ) 腎臓

ハ) 骨盤

3、頸部 イ) 頸部

7、脊椎 イ) 頸椎 () 番

ロ) 甲状腺

ロ) 胸椎 () 番

4、上肢 (右) (左)

ハ) 腰椎 () 番

下肢 (右) (左)

8、その他 ()

撮影条件、内容等のご要望があれば記入してください

検査データ 不要 CT画像データ入CD

読影 (要 不要) 要にチェックした場合、読影依頼内容は必ず記入してください

※ 読影レポートは、検査日の翌々日にFAXで送付いたします。検査日が金、土曜日の場合は、報告は翌週の火曜日以降となります。

Drコメント及び読影依頼内容

撮影条件 単純

スライス間隔 5mm 3mm 1.5mm () mm

医療法人社団 聖心会 湖街ホスピタル

〒343-0828 埼玉県越谷市レイクタウン8丁目12番地12

TEL: 048-990-1515 FAX: 048-990-1516

月～土曜日 9時00分～16時45分 日・祝日休み

御不明等ございましたら、御手数ですが放射線科まで御連絡をお願い申し上げます。

KV	MAS	撮影	月	日
		技師名		

