

CT 検査依頼票

(診療情報提供)



都立大石森脳神経外科
FAX 03-3725-0162

TEL 03-3725-0177 〒152-0023 目黒区八雲 1-5-5 1F

ふりがな 氏名 様 男・女	予約日時 第一希望 平成 年 月 日 () 来院時間 午前・午後 時 分 第二希望 平成 年 月 日 () 来院時間 午前・午後 時 分
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	依頼元医療機関 / 診療科名 / 担当医様
連絡先	携帯電話 - - ☎ () 自宅・勤務先	
E.mail	@	貴院電話番号 ()

事前に確認をお願い致します。

体内金属・体内留置物 (動脈瘤クリップ、ステント、コイル、人工骨頭など) 有の場合	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	その他 ①妊娠、妊娠の可能性 無・有 ②閉所恐怖症 無・有
①手術時期 (年 月ごろ)		
②留置部位 (部位)		

※当院では造影 CT の検査は行っておりません。

臨床診断 / 検査目的 / 検査部位

--

検査部位 (検査 1 回につき 1 部位とさせていただきます)

頭頸部	頸部 / 脊椎	胸部	四肢末梢
<input type="checkbox"/> 頭部 CT	<input type="checkbox"/> 頸部軟部組織	<input type="checkbox"/> 胸部 CT	<input type="checkbox"/> 肩関節
<input type="checkbox"/> 頭部 + 頭蓋骨 CT	<input type="checkbox"/> 頸椎	腹部 / 骨盤	<input type="checkbox"/> 肘関節
<input type="checkbox"/> 頭部 + 顔面骨 CT	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腹部骨盤 CT	<input type="checkbox"/> 手首～手指
<input type="checkbox"/> 頭部 + 冠状断 CT	<input type="checkbox"/> 腰椎 / 仙椎		<input type="checkbox"/> 膝関節
<input type="checkbox"/> 側頭骨 CT	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 足関節

※送付方法は通常患者様にお持ち帰りして頂いております。混雑のため郵送となることもあります。ご了承下さい。読影レポートの必要な場合はチェックをお願い致します。読影レポート有・無