

# CT・XP検査 依頼表

どちらか○をつけてください

フリガナ		男	検査日	年	月	日
		女	午前/午後	時	分	
生年	明治・昭和	様	画像出力形式はすべてCD-Rになります。			
月日	大正・平成		年	月	日	生 歳
			所見 (要・不要)			
CT検査			XP検査			
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			撮影部位		方向	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胆肝系 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 胃臓 <input type="checkbox"/> 内耳域 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 上顎部 <input type="checkbox"/> 子宮骨盤 <input type="checkbox"/> 耳下部 <input type="checkbox"/> 頸椎(                      ) <input type="checkbox"/> 顎下部 <input type="checkbox"/> 腰椎(                      ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔部						
[ 詳細コメント ]			[ 詳細コメント ]			
MPR <input type="checkbox"/> AXIAL <input type="checkbox"/> SAGITTAL <input type="checkbox"/> CORONAL <input type="checkbox"/> 3D作成						

・この依頼票と健康保険証を持って来院してください。

木秀クリニック TEL 0736-22-8882

(DDまっぴらホームページより印刷)

