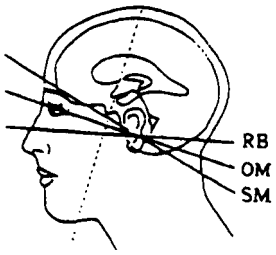
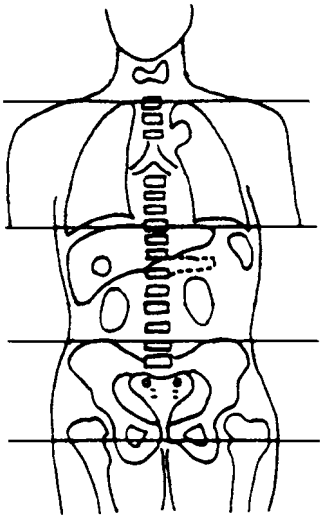
ＣＴ検査依頼票

患者	フリガナ 名　前		生年月日	年　月　日（　歳）
	住所･電話	〒 電話:		男性 ・ 女性





- **頭　部**　天幕下・天幕上
- **顔　面**
- **頸　部**　甲状腺・咽頭
- **胸　部**　肺・縦隔・心臓
- **腹　部**　肝・胆・膵・脾・腎
- **骨盤腔**　膀胱・子宮・卵巣・前立腺
- **脊　椎**　頸椎・胸椎・腰椎
- **四　肢**　（　）
- **その他**　（　）

単 純 ・造 影（造影剤　）

詳細連絡事項

	指示医	
ｋＶ　　ｍＡ　　sec	技　師	