

# CT検査依頼票

検査日 令和 年 月 日 時 分

宮城病院記載事項 → 検査ID            K

氏名	様
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
性別	男 女
施設名	
医師名	

依頼医様へのお願い

- ◎ CTの予約検査時間は月～金曜日の9時00分～16時30分までです。
- ◎ CTのオーダーに関して制限はございません。検査内容について詳細に記入をお願い致します。

患者様への注意事項

- ◎ 患者様は検査時間の30分前まで宮城病院に来院下さる様お願い致します。
- ◎ 急患等の検査が入った場合に予定時間より遅れることをご了承頂きます。

会計情報	単純	回
------	----	---

撮影技師	
------	--

頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩部	<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> その他頭部	
頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> その他頸部	
体幹部	<input type="checkbox"/> 胸部(縦隔・肺)	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・腎	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他胸部	<input type="checkbox"/> その他腹部	<input type="checkbox"/> その他骨盤部
	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤部			
	<input type="checkbox"/> 胸郭・肋骨	<input type="checkbox"/> 骨盤骨				
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	<input type="checkbox"/> 仙椎・尾骨部	
上肢	<input type="checkbox"/> Rt 肩関節	<input type="checkbox"/> Rt 肘関節	<input type="checkbox"/> Rt 手関節	<input type="checkbox"/> Rt 上腕部	<input type="checkbox"/> Rt 前腕部	<input type="checkbox"/> Rt 手部
	<input type="checkbox"/> Lt 肩関節	<input type="checkbox"/> Lt 肘関節	<input type="checkbox"/> Lt 手関節	<input type="checkbox"/> Lt 上腕部	<input type="checkbox"/> Lt 前腕部	<input type="checkbox"/> Lt 手部
下肢	<input type="checkbox"/> Rt 股関節	<input type="checkbox"/> Rt 膝関節	<input type="checkbox"/> Rt 足関節	<input type="checkbox"/> Rt 大腿部	<input type="checkbox"/> Rt 下腿部	<input type="checkbox"/> Rt 足部
	<input type="checkbox"/> Lt 股関節	<input type="checkbox"/> Lt 膝関節	<input type="checkbox"/> Lt 足関節	<input type="checkbox"/> Lt 大腿部	<input type="checkbox"/> Lt 下腿部	<input type="checkbox"/> Lt 足部

診断名 具体的な検査目的事項等を詳細に記入をお願い致します。読影や検査に必要となります。