

画像検査依頼書(CT用)

令和 年 月 日

FAX 0265-26-9690

医療法人輝山会 地域総合医療連携室 行

医療機関の名称

電話番号

医師氏名

⑩

患者	フリガナ		生年月日	M T	年	月	日	男・女
	氏名			S H				
	住所	〒			TEL		携帯	

撮像結果報告		画像	
<input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> ism Link		<input type="checkbox"/> 患者、家族に ・ <input type="checkbox"/> 郵送	
【部位】		コメント	検査手法
<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 骨条件追加	<input type="checkbox"/> Perfusion(造影検査)	<input type="checkbox"/> 単独のみ
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 骨条件追加		<input type="checkbox"/> 単独+造影
<input type="checkbox"/> 頸 部			<input type="checkbox"/> 造影のみ
<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 肺気腫検索追加	<input type="checkbox"/> 病巣は thin slice	
<input type="checkbox"/> 上腹部			
<input type="checkbox"/> 全腹部			
<input type="checkbox"/> 骨盤部			
<input type="checkbox"/> 胸 部～全腹部			
<input type="checkbox"/> コロノグラフィー			
<input type="checkbox"/> 脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸部(~)	<input type="checkbox"/> 胸椎(~)	<input type="checkbox"/> 腰椎(~)
	<input type="checkbox"/> 椎 ~ 椎		
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 部位()		
<input type="checkbox"/> 動脈造影	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頭部～頸部
	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部大動脈
	<input type="checkbox"/> 骨盤～両下肢	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 腹部～両下肢深部静脈造影			
<input type="checkbox"/> 【追加画像】	<input type="checkbox"/> 冠状断像追加	<input type="checkbox"/> 矢状断像追加	<input type="checkbox"/> 3D