TEL：052-751-8198（検査部直通）
FAX：052-751-8178

CT検査依頼書

医療法人蜂友会
HACHIYA MEDICAL HOLDINGS
はちや整形外科病院

カナ		性別	生年月日　年齢　才	予約日
患者様氏名		☐ 男性 ☐ 女性	年　月　日 患者様電話番号	月　日
患者住所				予約時間
				時　分

ご依頼元施設名・科名	ご依頼医師名	ご依頼元電話番号

臨床診断名

検査目的　※撮影法・画像処理等、ご要望がございましたらご記入ください。

撮 像 方 法

頭部　☐ 脳　☐ 副鼻腔　☐ 顔面

頚部　☐ 頚椎　☐ 甲状腺

胸部　☐ 胸椎　☐ 肺　☐ 肋骨

腹部　☐ 腹部

腰部　☐ 腰椎　☐ 仙骨　☐ 尾骨
☐ 腎臓

骨盤　☐ 骨盤骨　☐ 子宮・卵巣

四肢　（☐ 右　☐ 左　）
☐ 肩関節　☐ 肘関節　☐ 手関節　☐ 手指
☐ 膝関節　☐ 足関節　☐ 足趾
☐ 股関節　☐ 大腿　☐ 下腿

その他　☐ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

【注意!】下記患者さんにご確認のうえ、✓をお願いします。

・CT検査による被ばくのリスクを説明し、
患者本人も同意しました。
☐ はい

他、CT撮影に際し、希望条件がありましたらご入力ください

検査予約受付時間：平日 9:00～17:00、土曜 9:00～12:00　　病院代表TEL：052-751-8188