ＣＴスキャン検査依頼票

○検査日　　月　　日（　　）　　時　　分頃

○臨床診断名（疑・確定）

○検査目的（なるべく具体的に）

□単純・□造影・□単純造影

ＢＵＮ（　　mg/dl）　　使用造影剤　テスト（　）

ｸﾚｱﾁﾆﾝ（　　mg/dl）検査日　／　　Optiray 320 Syringe

○検査部位

□頭部

□胸部　肺、縦隔、その他（　　）

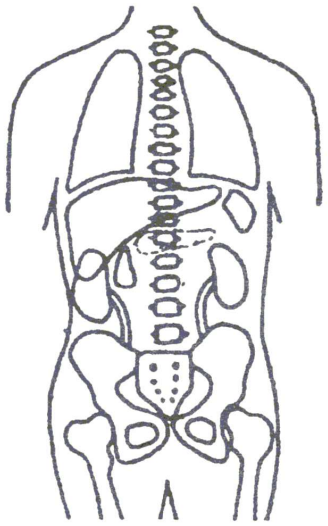
□腹部　肝、胆、膵、腎、脾、
腹部全体、その他（　　）

□骨盤部

□頚部

□腰部

□その他



○患者氏名　　男・女　　年　　月　　日生

〒　　☎（　　）　　－

住所

保険者番号　　記号番号　　本人・家族

医療機関名　　☎

第一なるみ病院　ＴＥＬ052－876－8361　ＦＡＸ052－876－8202