

CT撮影依頼状 (FAX兼用)

200 年 月 日

この依頼状は www.clinita.comよりダウンロードできます。

ふりがな 氏名	殿	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
貴院名	ご依頼医師名					印

検査予約日時	200	年	月	日	午前・午後	時	分
--------	-----	---	---	---	-------	---	---

撮影部位	<input type="checkbox"/> 単純撮影	<input type="checkbox"/> 造影撮影	<input type="checkbox"/> 両方	
頭部	胸部 (肺野・縦隔)	上腹部 (肝・胆・膵)		
子宮・卵巣	膀胱・前立腺	副鼻腔	頸椎	胸椎
腰椎	上肢 ()	下肢 ()	その他 ()	

造影時 のみご記入ください					
3	<input type="checkbox"/> 画像作成希望	部位 ()			
	(有・無)	目的 ()			
造影剤	使用歴	有・無	アトピー性皮膚炎	有・無	
	アレルギー	有・無 不明	気管支喘息	有・無	
アレルギー	薬剤 ()		感染症	HBsAg	+・- 不明)
	食物 ()			HCVAb	+・- 不明)
	その他 ()			ワ氏	(+・- 不明)

撮影目的・診療情報	既往歴 ()
読影所見 当日FAX希望 有・無	