

# CT検査依頼書

Ver 2

貴医療機関情報	診療科	科	先生
	施設名 住所 電話番号 FAX		

紹介患者情報	お名前	生年月日	性別
		T・S H・R 年 月 日	男 ・ 女
	電話番号（当院からご連絡することがあるため、必ず連絡のとれる番号をご記載下さい） ① ②		
	<u>検査部位</u> 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部（肝臓～腎臓） 全腹部（肝臓～骨盤） ・ 胸部～骨盤 ・ その他（ ）		
	<u>造影希望</u> 無 ・ 有 （有の場合 クレアチニン値 _____ mg/dL） ※ 第1、第3水曜日は <u>単純検査のみの対応</u> となります。		
<u>依頼理由など</u>			

検査希望日	年 月 日 時 分
-------	-----------

読影について	読影レポート報告方法	FAX ・ 郵送 ・ 両方
	画像データ（CD-ROM）	必要 ・ 不要
	・ 読影レポート報告に関して、 <u>頭部、頸部、胸部</u> につきましては2週間程度を要する場合がございます。 ・ 腹部につきましては 2～3日以内に返送致します。	

検査についての注意点などは、「CT検査を受けられる患者さんへ」をご参照下さい。

お問い合わせ：宇都宮南病院 TEL 028-658-5511 FAX 028-658-5508