

# X線CT検査依頼

ID(小西病院) :

氏名(カナ) :

生年月日

年 月 日

性別 :  男性  女性

妊娠(女性のみ) :  有  無

<予約日時>

年 月 日 時 分

<紹介元医療機関>

## <依頼内容>

### 【画像データ】

当日(本人手渡し)  後日(読影結果と併せて)

### 【撮影内容】

単純  造影(別紙の承諾書をご記入の上、ご同封ください)

※同意書を確認できない場合は、検査できません

### 【撮影部位】

頭部  副鼻腔  頸部(甲状腺)  胸部(肺・縦隔)  腹部(上腹部・骨盤腔)

四肢( )  頸椎・胸椎・腰椎( ) ~ ( )

その他( )

### 【依頼理由】

医師

★読影日は毎週水曜日

★結果は木曜日以後、各医療機関へお届けいたします

★整形外科領域の骨折に関しては、読影は行いませんのでご了承ください