

CT検査 依頼箋 (CT専用 情報提供書)

(紹介医様 → 下伊那赤十字病院 地域連携室 FAX:0265-36-7210)

紹介元医療機関名：	患者氏名（フリガナ）：	男・女
	生年月日： T・S・H・R 年 月 日	
紹介医師名：	連絡の取れる電話番号：	— —
早めの検査希望： なし ・ あり		
※即日検査をご希望の場合は、下記にお電話ください。		
TEL:0265-36-7072 (平日16時まで)		

【CT検査依頼内容】

※手技は「単純」のみとなります

①検査部位（下記を○で囲んでください）

頭部	頭部	頭蓋骨	副鼻腔	内耳
脊椎	頸椎	胸椎	腰椎	仙尾骨
頸部	頸部			
胸部	胸部	胸～腹部		
腹部	上腹部	骨盤腔	腹部～骨盤腔	
上肢（右・左）	部位をご記入ください（ ）			
下肢（右・左）	部位をご記入ください（ ）			

②追加画像作成（ご要望がある場合は、○で囲んでください）

骨3D ， thinスライス ， 冠状断 ， 矢状断 ， その他（ ）

【読影結果レポート】

必要 ・ 不要

(オプション)

【検査目的・その他特記事項】

(読影結果レポートをご希望の場合は、できるだけ詳しく記入をお願いします。)

～以下、日赤使用欄～

日赤ID:

検査日時： 月 日 () : ~