

# 委託CT検査 依頼箋（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
紹介医師名：	生年月日： T・S・H・R 年 月 日
	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。 <a href="tel:0265-36-7072">TEL:0265-36-7072</a> （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	部位をご記入ください（ ）			
下肢	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（ ）

## 【読影レポート】

必要 ・ 不要

## 【検査目的・その他特記事項】

（読影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（ ） : ～