

# CT検査依頼書(兼照射録)

依頼日 年 月 日

検査日	年 月 日
時間	時 分

検査施設 名称:公益社団法人 岐阜病院  
 住所:岐阜市日野東3丁目13番6号  
 電話:058-259-3366  
 FAX:058-259-3376

氏名	(フリガナ)	
生年月日		
年齢		
性別		
住所		
連絡先		

依頼施設名	
住所	
連絡先	
依頼医師 自筆サイン	

撮影部位	依頼理由、検査目的等
<input type="checkbox"/> 頭部	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	
<input type="checkbox"/> 頸部	
<input type="checkbox"/> 胸部	
<input type="checkbox"/> 上腹部	
<input type="checkbox"/> 下腹部	
<input type="checkbox"/> 全腹部	
<input type="checkbox"/> 胸部・上腹部	
<input type="checkbox"/> 胸部・全腹部	

撮影日	年	月	日
条件	kv	mA	s
スライス数			スライス

撮影技師 自筆サイン	
---------------	--

- ・ 検査当日は時間に余裕を見てお越しください。
- ・ この依頼書を持参頂き、公益社団法人 岐阜病院の受付までお越しください。
- ・ 緊急検査等により予約時間が多少ずれることがありますのでご了承下さい。
- ・ 腹部検査の方は当日は昼食をなさらないようにお願いします。
- ・ ご都合により検査に来られない場合は、早めにご連絡ください。