

CT検査依頼書

ふりがな		性 別	男・女	依頼病院名
患者氏名				担当医 TEL:
生年月日	年 月 日		歳	
検査日時	年 月 日 時 分			
検査部位	造影剤 (あり ・ なし)			
傷病名				
検査目的				
症状・経過				
備 考				

CT検査依頼書 (患者様控)

ふりがな		性 別	男・女	依頼病院名 担当医 TEL:
患者氏名				
生年月日	年 月 日	歳		

検査日時	年 月 日 時 分
------	-------------------------------

検査部位	造影剤 (あり ・ なし)
------	--------------------------

- 検査によっては絶食が必要です(*1)。
午前中の場合は朝食、午後の場合は昼食を絶食してください。
*1,腹部～骨盤部又は造影が必要な検査
- 妊娠中もしくは妊娠している可能性のあるかたは事前にご相談ください。
- 検査は30分前後で終了しますが、検査開始及び終了が前後する恐れがありますのであらかじめご了承ください。
- 来院ができない場合は事前に0848-62-3117(放射線科)にご連絡下さい。