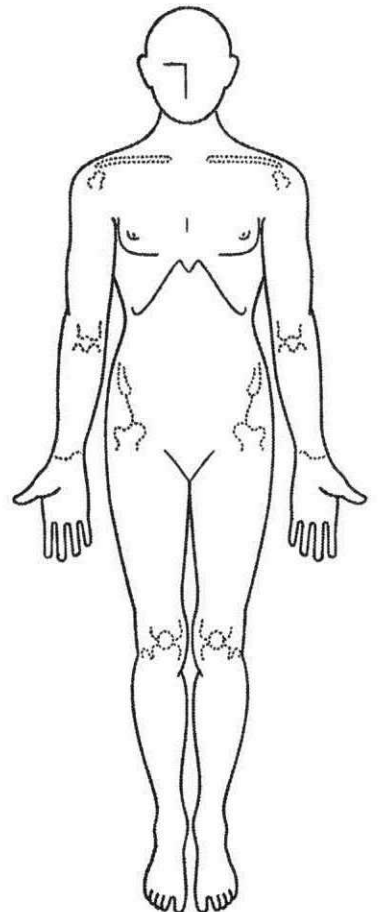
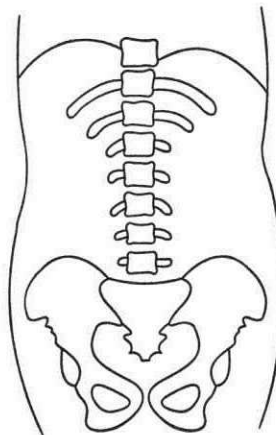
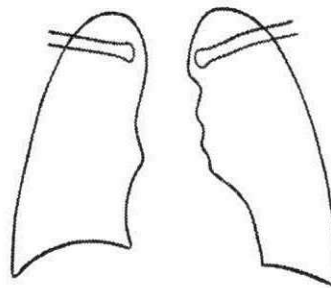


CTスキャン検査依頼票		検査日 年 月 日 ( )	
カタカナ 氏 名		検査開始予定時刻 午前・午後 時 分より	
大正・昭和・平成 年 月 日 生年月日 男・女		検査開始予定時刻30分前に来院して下さい。	
紹介元		放射線科医師読影 (要, 不要)	
申し込み医師名		患者状態 独歩・難聴・麻痺 ( )	
申込日 年 月 日		感 染 -・+ HBS・HCV・Wa ( )	
備考欄		撮影部位 ( ) <input type="checkbox"/> Pのみ	

《臨床所見》



前回CTスキャン (有・無)

年 月 日