

CT検査依頼用紙

(診療情報提供書)

ホームページから印刷できます。

CT MRI BMD依頼

医療法人社団うしお会 八木病院

〒656-0446兵庫県南あわじ市八木寺内1147

TEL 0799-42-6188 FAX 0799-42-6019

紹介先医療機関先名 八木病院 外来担当医師 宛		紹介元医療機関名	
申込日 年 月 日()		検査日 年 月 日()	
患者情報		検査開始予定時刻	
患者氏名 様		午前・午後 時 分より	
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 男 女		医師名①	医師名②
電話番号			技師
患者状態 難聴 麻痺 () 妊娠 有 無 感染症 - ・ + HCV HBS Wa その他 ()		*放射線科医師読影 要 ・ 不要	
撮影部位 単純のみ ()		病名 (疑い)	
《臨床所見》			
前回CT撮影 有 無 年 月 日			
KV	スライス厚	スキャン速度	ピッチ
KV	mm	sec	
FOV	再構成スライス厚/間隔		備考欄
mm	mm/ mm		
CTDIvol	DLP	総線量	
mGy	mGycm	mA s	