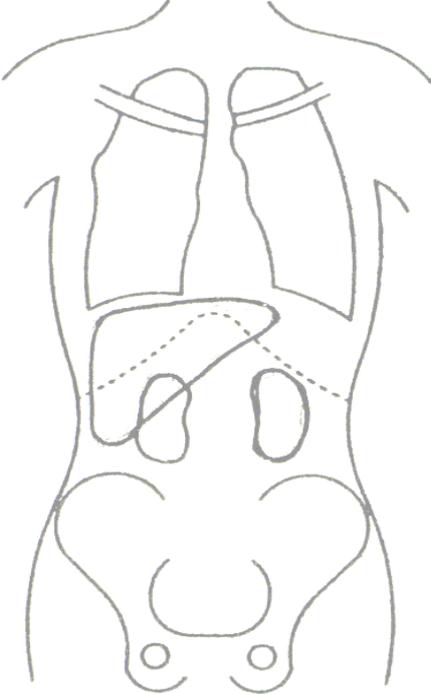


# 単純CT検査依頼表

|  |                     |
|--|---------------------|
| ID ※青木病院にて記入します  | 検査年月日<br>令和 年 月 日 : |
| フリガナ   | 施設名                 |
| 氏名   | 依頼医師サイン             |
| 生年月日<br>明・大<br>昭・平 年 月 日<br>年齢 歳   | 備考                  |
| 性別<br>男 ・ 女  |                     |
| 撮影部位<br>頭部(ルーチン・副鼻腔・めまい精査)      頸部(甲状腺・喉頭)<br>胸部(肺・縦隔)                                      上腹部(胃・肝臓・胆嚢・膵臓)<br>下腹部(腎臓・骨盤腔・腎臓～骨盤)              脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・骨盤)<br>上肢( )    下肢( )  |                     |
| コメント及び撮影方法   |                     |
|    |                     |
| <input type="checkbox"/> MPR作成 <input type="checkbox"/> 3D作成 <input 428="" 566="" 955="" 971"="" data-label="Page-Footer" type="checkbox/&gt;( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 5 mm)画像再構成のみ       &lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;/table&gt; &lt;/div&gt; &lt;div data-bbox="/> <p>AOKI HOSPITAL</p> |                     |