

# 依頼伝票（照射録）

※ご依頼元医療機関様へのお知らせ

○太枠内の記載をお願いします

○通常読影結果は翌日 12:00 以降となります。また読影・至急読影は別途費用がかかります

※検査を受けられる患者様へお知らせ

○CT 検査の原則禁忌・注意事項

次に該当される方は、検査を受けることが出来ない場合がありますので必ず医師までお申し出ください。

・妊娠中、または妊娠の可能性のある方

○検査時間について

・15分程度

当院 ID : \_\_\_\_\_

担当技師 : \_\_\_\_\_

フリガナ			
氏名			様
生年月日	年	月	日
性別	男・女	年齢	歳
Tel	—	—	
依頼元医療機関名			

検査予約時間			
年	月	日 ( )	
		時	分

撮影部位	頭部・頸部・胸部・腹部・頸胸腹骨盤・胸腹骨盤・脊椎・四肢 その他 ( )		
読影の有無	有・無	妊娠の有・無	有・無
検査目的	既往歴 :  依頼医師名 _____		
至急読影の有無	有・無	※至急読影は完了まで 2~3 時間程かかります	
撮影条件			

※ご不明点がございましたら下記連絡先までご連絡ください。

木更津心臓血管クリニック 木更津長須賀 1784-1

Tel : 0438-38-5885 (代表番号)