

CT検査依頼票

紹介先医療機関

埼玉成恵会病院 TEL 0493-23-1221 FAX 0493-23-1220(病診連携室)

年 月 日

紹介元医療機関名

医師名

住所

TEL

FAX

Mail

検査日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名 性別 男 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 歳

住所

電話【日中連絡が取れる番号】

検査部位 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 脊椎()

その他()

具体的な器官名及び知りたい事項

撮影方法 単純 単純+造影 ダイナミック

※造影剤使用時の必要となります。

直近 3 ヶ月以内(できれば検査直前)の血清クレアチニン値をご記入ください。 クレアチニン mg/dl