

社会保険 直方病院 CT検査 申込用紙

TEL 0949-22-1215 FAX 0949-24-1302

ご紹介医療機関
医療機関名
医師名
電話番号

患者情報
氏名
生年月日 明大昭平 年 月 日
性別 男 女

検査予定日	年	月	日	時	分
-------	---	---	---	---	---

当てはまる項目に"○"して下さい	造影検査の場合は記入して下さい
妊娠(+/-/未検査) HBV(+/-/未検査) HCV(+/-/未検査)	体重
MRSA(+/-/未検査) HIV(+/-/未検査) その他()	kg

撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	造影検査同意書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	Cr値	mg/dl	BUN値	mg/dl
	<input type="checkbox"/> 造影		造影検査の場合は、Cr、BUN数値を記入して下さい	採血日	年	月

撮影部位	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 歯科(インプラント用)	通常撮影以外の指示	具体的に部位等の撮影内容を記入して下さい
	頸胸腹部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部全体		
	脊椎骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤		
	四肢	右 / 左 <input type="checkbox"/> 上肢(肩関節・肘関節・手関節・手部) <input type="checkbox"/> 下肢(股関節・膝関節・足関節・足部)		

検査目的

・検査当日は、この申込用紙を総合受付まで持ってきて下さい。