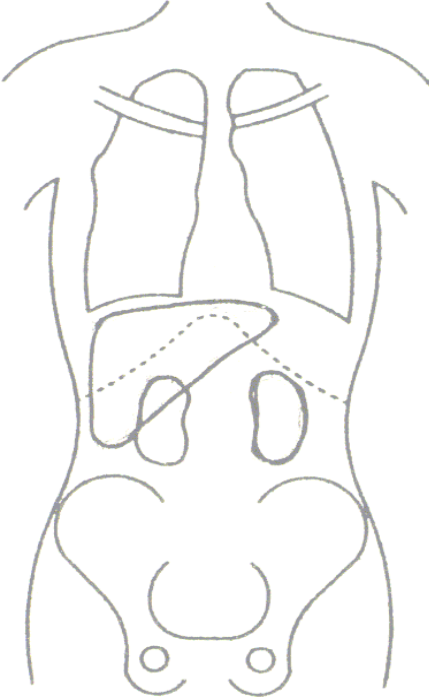


単純CT検査依頼表

ID ※青木病院にて記入します	検査年月日 平成 年 月 日 :
フリガナ	施設名
氏名	依頼医師サイン
生年月日 明・大 昭・平 年 月 日 年齢 歳	備考
性別 男 ・ 女	
撮影部位 頭部(ルーチン・副鼻腔・めまい精査) 頸部(甲状腺・喉頭) 胸部(肺・縦隔) 上腹部(胃・肝臓・胆嚢・膵臓) 下腹部(腎臓・骨盤腔・腎臓～骨盤) 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・骨盤) 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="" 567="" 955="" 970"="" data-label="Page-Footer" type="checkbox/>(1 ・ 2 ・ 3 ・ 5 mm)画像再構成のみ </td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="/> <p>AOKI HOSPITAL</p>	