

CT検査依頼書

検査日 年 月 日

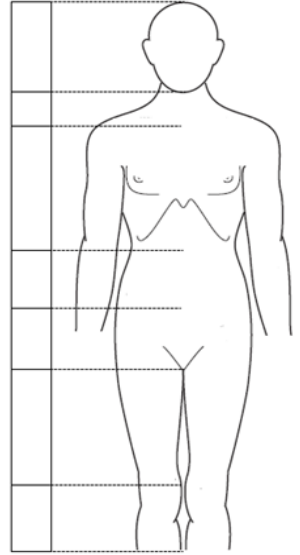
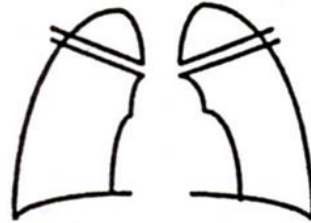
紹介医TEL _____ 才 男 女

フリガナ

患者名 _____ 様 生年月日 T S H 年 月 日 検査部位 (図示)

○印

病 名



検査目的

胸部については病変の略図を記入してください。
腹部については検査部位、検査対象臓器名を○
で囲んで下さい。

現 病 歴

上腹部 肝臓、胆のう、膵臓、脾臓、副腎、腎臓
その他 ()
下腹部 骨盤腔臓器 ()
その他 ()

化学検査 (検査してある項目は記入して下さい。)

検査日 (年 月 日)

【参考事項】

妊娠 (+, -)

読影報告書の必要のない先生は
不必要に○をして下さい。

不必要

TP
クレアチニン
ALP
AST (GOT)
ALT (GPT)
AFP
CA19-9

BUN
T-Bil
LDH
AMY
CEA
PSA

松本市医師会検査健診センター CT検査予約票

_____様	_____部 CT検査
検査日時 _____月 _____日 (_____曜日)	_____時 _____分
食事制限 (朝食・昼食) _____	あり _____ なし _____
(お茶、お水は飲んで頂いてかまいません)	

- ・ 検査開始時間までにセンターへお越しください。
- ・ 検査時間は5分～20分程度です。
- ・ 妊娠している方、可能性のある方は撮影出来ません。
- ・ 検査当日の都合が悪くなった場合は、ご連絡ください。
(松本市医師会検査健診センター 電話0263-32-8042)
- ・ 検査後、写真をお持ち帰りになる場合は、少々お待ち頂きますのでご了承ください。

