

# CT撮影依頼状 (FAX兼用)

この依頼状は [www.clinita.com](http://www.clinita.com) よりダウンロードできます。

200 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
貴院名	ご依頼医師名					印

検査予約日時	200	年	月	日	午前・午後	時	分
--------	-----	---	---	---	-------	---	---

撮影部位	<input type="checkbox"/> 単純撮影	<input type="checkbox"/> 造影撮影	<input type="checkbox"/> 両方
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部 (肺野・縦隔)	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵)	
<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 胸椎
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 上肢 ( )	<input type="checkbox"/> 下肢 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

※ <b>造影時</b> のみご記入ください				
3D画像作成希望		部位 ( )		
(有・無)		目的 ( )		
造影剤	使用歴	有・無	アトピー性皮膚炎	有・無
	アレルギー	有・無 不明	気管支喘息	有・無
アレルギー	薬剤 ( )		感染症	HBsAg ( +・- 不明)
	食物 ( )			HCVAbs ( +・- 不明)
	その他 ( )			ワ氏 ( +・- 不明)

撮影目的・診療情報	既往歴 ( )
※ 読影所見 当日FAX希望 有・無	

わかすぎファミリークリニック  
〒116-0012 荒川区東尾久1-31-10-1F

TEL (5855) 0585  
FAX (5855) 0586