

# 単純CT検査依頼書

依頼元【医療機関名】

医師名

【JCHO仙台南病院宛】

仙台太白区中田町字前沖143番  
放射線科

TEL 022(306)1720

FAX 022(306)2175

患者氏名

ふりがな

生年月日

大正・昭和・平成・令和

年

月

日

性別

男・女

画像出力方法

CD-ROM ・ フィルム

\*どちらかに○をお願いします

(第一希望日)

年 月 日 ( )

午前・午後

連携室記載欄

(第二希望日)

年 月 日 ( )

午前・午後

連携室記載欄

撮影部位

頭部

胸部

腹部

骨盤部

頸椎

胸椎

腰椎

四肢  
(部位記入お願いします。)

その他  
(部位記入お願いします。)

チェック

\*読影レポート

無

有

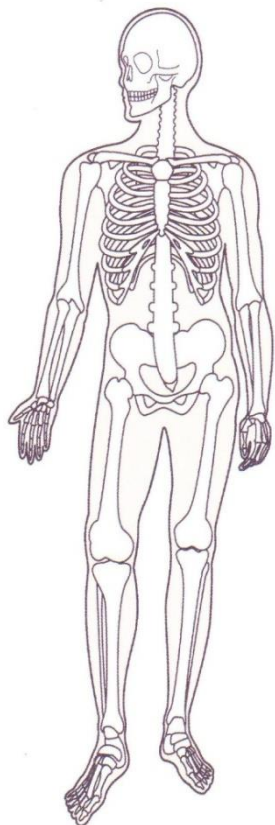
至急 (2時間以内)

翌日

\*読影レポート有りの場合は下記の臨床診断、臨床経過に記載をお願いします

臨床診断:

臨床経過および明らかにしたい点:



患者ID(放射線記入欄):

ご利用ありがとうございました。今後もよろしくお願いたします。JCHO仙台南病院 放射線科