ＣＴ検査依頼書

ふりがな	生年月日
氏　名	年　　月　　日
貴医院名・依頼医師名 医師	

検査予約時間：　　年　　月　　日　　午前／午後　　時　　分からです

※検査開始３０分前までに来院してください

☆臨床診断名（確・疑）および検査目的

診察（ 有 ・ 無 ）	CD-R （ 有 ・ 無 ）
☐ 単純　☐ 単純+造影　☐ 造影	

☐ 頭部
- ☐ 一般ルーチン
- ☐ 脳幹部
- ☐ 下垂体
- ☐ その他［　　］

☐ 脊椎
- ☐ 頚椎
- ☐ 胸椎
- ☐ 腰椎

☐ 関節
- ☐ 右　☐ 左
- ［　　］

☐ 胸　部［　　］
☐ 腹　部
☐ 上腹部［　　］
☐ 下腹部［　　］
☐ 骨盤部［　　］
☐ その他［　　］

☐ 特殊造影
- ☐ 脳血管
- ☐ 頚部血管

転帰
- ☐ 検査当日、貴院での診察
- ☐ 検査当日、藤脳クリニック（　　）医師外来での診察
- ☐ 後日、（貴院・藤脳クリニック）での診察

☆その他特別な指示事項

〒４５８-０８１６　名古屋市緑区横吹町１９１８番１
ジャパン藤脳クリニック
（０５２）８７５－２２３８