

CT検査依頼書

広島県立総合リハビリテーションセンター 地域医療連携室 宛

FAX 082-420-2281(専用)

R 年 月 日申し込み

紹介元医療機関名	
医師名	
TEL () —	FAX () —
予約希望日時 ①R 年 月 日(:) ②R 年 月 日(:)	
フリガナ 患者氏名	様(男・女)
生年月日	M T S H R 年 月 日
住所 〒 —	
連絡先 — —	携帯 — —

広島県立総合リハビリテーションセンター 受診歴 有 ・ 無 ・ 不明

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 肩関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 肘関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 手関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 手指(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 股関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 膝関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 足関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 足(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定(身長 cm 体重 kg) ←測定希望時はご記入ください。 <input type="checkbox"/> その他()	傷病名・検査目的・備考
--	-------------

※撮影手技については、当院の撮影条件を適応させていただきます。 ※原則一検査一部位とさせていただきます。

検査前チェックー必ず記入ー

体内埋込型除細動器	有・無	※除細動器装着者の検査は実施できません。	
妊娠またはその可能性	有・無	心臓ペースメーカー	有・無
その他	()	※体内金属の場合は部位も記入してください。	

上記の項目を確認し、検査を受けることに同意いただける場合は署名をお願い致します。

R 年 月 日	ご本人様署名欄
R 年 月 日	医師署名欄

読影レポート(有料) 必要 不要

※画像データはCDRに出力し、紹介元医様宛に郵送させていただきます。(読影レポートも同じく)

※検査前チェックを必ず行ってください。 広島県立総合リハビリテーションセンター 地域医療連携室
※ご予約の15分前までにお越しください。 TEL 082-425-1455(代表)