

# CT 検査依頼書

平成 年 月 日

検査年月日 平成 年 月 日 時 分					
診療エックス線照射録					
患者住所	〒				
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
患者氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生				
依頼元名称	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> クリニック				
医療機関住所	〒				
医療機関TEL	- -		医療機関FAX	- -	
依頼医師氏名					

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	上腹部( <input type="checkbox"/> 肝・ <input type="checkbox"/> 胆・ <input type="checkbox"/> 膵・ <input type="checkbox"/> 腎 )
	<input type="checkbox"/> 骨盤部	脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎 )			四肢( )
	その他( )				

主訴 :
臨床診断 :
既往歴 :
症状経過及び指示



# 医療法人仁愛会 仁愛会クリニック

[ 診療科目 ] 内科・神経内科・放射線科

[ 診療担当医 ]

崎元 芳大（放射線科・一般内科）【画像診断専門医】

中江 めぐみ（神経内科・一般内科）【日本神経学会認定神経内科専門医】

崎元 哲郎（内科）【日本医師会認定産業医】

[ 診療時間 ]

月～土曜 午前:9時～13時 / 午後:14時～18時

受付時間 午前:12:30まで / 午後:17:30まで

※日祝日(お盆・正月)休診

※学会等により、診療担当医が変更になる場合がございます。

詳細はお問い合わせください。

