

CT検査依頼書

検査日 年 月 日

医療機関名 医院 紹介医TEL

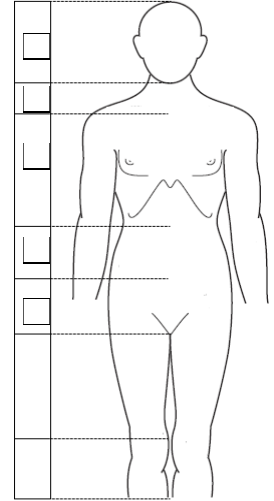
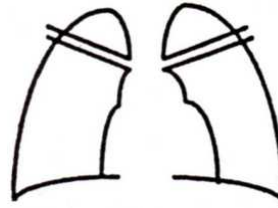
年齢 性別

フリガナ 生年月日
患者名 様

検査部位 (図示)

病名

○印



検査目的

胸部については病変の略図を記入してください。
腹部については検査部位、検査対象臓器名に
チェックを入れてください。

現病歴

上腹部 肝臓 胆のう 膵臓

脾臓 副腎 腎臓

その他 (

下腹部 骨盤腔臓器 (

その他 (

化学検査 (検査してある項目は記入して下さい。)

検査日 (年 月 日)

【参考事項】

妊娠 (+, -)

T.P

クレアチニン

ALP

AST (GOT)

ALT (GPT)

AFP

CA19-9

BUN

T.Bil

LDH

AmyL

CEA

PSA

読影報告書の必要のない先生は

不必要に をして下さい。

不必要

松本市医師会検査健診センター
TEL : 32-8042 FAX : 50-7033

松本市医師会検査健診センター CT検査予約票

_____様	_____部 CT検査
検査日時 _____月 _____日 (_____曜日)	_____時 _____分
食事制限（朝食・昼食） あり なし （お茶、お水は飲んで頂いてかまいません）	

- ・ 検査開始時間までにセンターへお越しください。
- ・ 検査時間は5分～20分程度です。
- ・ 妊娠している方、可能性のある方は撮影出来ません。
- ・ 検査当日の都合が悪くなった場合は、ご連絡ください。
 （松本市医師会検査健診センター 電話0263-32-8042）
- ・ 検査後、写真をお持ち帰りになる場合は、少々お待ち頂きますのでご了承ください。

