ＣＴ単純撮影オーダーシート

山陰労災病院　FAX　0859-35-4348

※このオーダーシートは単純撮影(読影なし)専用です。

※撮影による被ばくの説明書をお渡しください。

※混み合い具合により来院から撮影までお時間をいただく場合があります。

撮影希望部位　※チェックを入れてください

☐　頭部単純ＣＴ　　☐　副鼻腔単純ＣＴ　　☐　胸部単純ＣＴ

☐　腹部(肝臓～骨盤)単純ＣＴ　　☐　胸部～骨盤単純ＣＴ

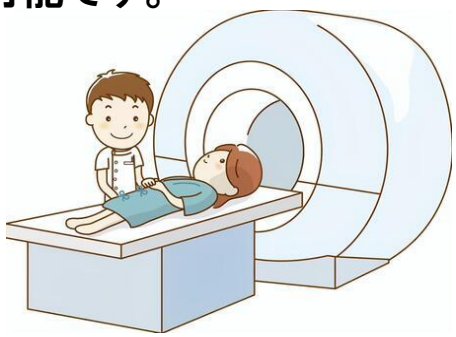
以下のすべてにチェックがついた方のみ、撮影可能です。

☐　被ばくの説明書渡し済

☐　１週間以内の風邪症状なし

☐　２週間以内に山陰以外への外出なし

☐　２週間以内に山陰以外の人との接触なし



撮影希望日時　*※16時までにご来院いただければ当日撮影いたします。*

令和　　年　　月　　日　　：　　頃　来院予定

患者情報	フリガナ		旧姓 ※ある場合		
	氏　名				
	生年月日	明･大･昭･平･令　　年　　月　　日		性別	男・女
	住　所	〒　　－			
	電話番号				

紹介元 医療機関	名称･所在地(ゴム印可) 電話:　　FAX: