

単純 CT・心臓エコー・腹部エコー 検査依頼票

令和 年 月 日

大阪市西成区萩之茶屋 1-11-6

大阪社会医療センター附属病院

TEL：070-5084-2143（登録医専用ダイヤル）

FAX：06-6635-0064（地域連携センター）

医療機関名：

医師名：

TEL：

FAX：

この依頼票は必ず FAX いただきますようお願いいたします。

お電話で予約の後、食事制限や来院時間を記載した予約票を折返し FAX いたします。

(フリガナ) 患者氏名 (男 女)		生年月日 年 月 日 (歳)	
		医療保険 ☐ 生活保護 ☐ 健康保険 ☐	
住所：		電話：	
ADL: ☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ベッド上		(女性のみ：妊娠の可能性 ☐ 無)	

●単純 CT 撮影 平日 9：00～16：30 造影希望の場合は、当院外来を受診ください。

頭部・頸部系	胸部系	腹部系	骨盤系
☐ 頭部 ☐ 頭部＋骨条件 ☐ 頭部＋副鼻腔 ☐ 副鼻腔 ☐ 顔面 ☐ 聴器 ☐ 頸部	☐ 胸部 ☐ 胸腹部 (胸～骨盤上部) ☐ 胸腹骨盤部 (胸～骨盤腔) ☐ 胸部＋HRCT ☐ 肋骨	☐ 腹部骨盤 (肝～骨盤腔) ☐ 腹部 (肝・胆・膵精査)	☐ 骨盤腔 ☐ 骨盤骨
上肢系	下肢系	脊椎系	CT 読影レポート ☐ 要 ☐ 不要
☐ 右 ☐ 肩関節 ☐ 左 ☐ 鎖骨 ☐ 両 ☐ 上腕 ☐ 肘関節 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手部	☐ 右 ☐ 股関節 ☐ 左 ☐ 大腿 ☐ 両 ☐ 膝関節 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ 踵骨 ☐ 足部	☐ 頸椎 ☐ 頸胸椎 ☐ 胸椎 ☐ 胸腰椎移行部 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾骨	

●エコー検査 心臓エコー：火曜 14：00～16：00 腹部エコー：月曜 13：30～15：00、水曜 9：00～11：00

☐ 心臓エコー	☐ 心臓エコー（ドップラー法）	☐ 腹部エコー
--------------------------------	--	--------------------------------

臨床診断、病名
検査目的