

CT 予約申込書

松山まどんな病院 放射線科 担当医 様

◆ 患者情報

フリガナ _____

氏名 _____ (男 ・ 女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆ 希望日時

- ① 20 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃
② 20 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃 左記日時を希望 ・ いつでも可
③ 20 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃

◆ 撮影部位 ○を付けてください。

頭部系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)				
頭部	頭～胸部	頭～胸～上腹部	頭～胸～下腹部	副鼻腔・上顎洞	顎関節 (右・左・両)
顔面	脳血管	頭部ダイナミック			

頸部系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)					
頸部	頸部～胸部	頸部～胸～上腹部	頸部～胸～下腹部	頸部～胸～膝部	甲状腺	頸部血管

胸部系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)				
胸部	胸～上腹部	胸～下腹部	胸部+HRCT	胸部大動脈造影	乳腺 (右・左・両)

腹部系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)					
腹部	上腹部	下腹部	上下腹部	肝ダイナミック	胆嚢・膵臓ダイナミック	腎ダイナミック
腹部大動脈造影	腹部内臓脂肪測定	DIC_CT	コロノグラフィ			

骨盤系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)	
骨盤	股関節 (右・左・両)	骨盤部動脈造影

脊椎系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)				
頸椎	頸～胸椎	頸～腰椎	胸椎	胸～腰椎	仙尾骨

四肢系	方法 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 造影+単純)		
大腿 (右・左・両)	膝関節 (右・左・両)	下腿 (右・左・両)	足関節 (右・左・両)
足部 (右・左・両)	下肢 (右・左・両)	鎖骨 (右・左・両)	肩関節 (右・左・両)
上腕 (右・左・両)	前腕 (右・左・両)	肘関節 (右・左・両)	手関節 (右・左・両)
手 (右・左・両)			