

CT検査予約票

弘前市立病院

氏名

性別

No.

生年月日

年齢 歳

撮影年月日 年 月 日

身長

cm

体重

kg

クリニック
医院 より紹介

AM・PM

【指示事項】 単 純 ・ 造 影

【検査部位】 1. 頭 部： 脳・眼窩・副鼻腔

2. 頸 部： 甲状腺・リンパ節

3. 胸 部： 肺・縦隔・乳腺・胸壁

4. 腹 部： 肝・胆嚢・膵・腎・副腎

5. 骨盤部： 膀胱・前立腺・股関節

6. 脊 椎： 頸・胸・腰

7. 四 肢： 上肢・下肢

8. 造影剤： 3相・4相

9. CTA： 頭部・頸部・大動脈・下肢

10. その他： ()

※胸部～骨盤等の広い範囲もスキャン可能です。