

CT

依頼箋

検査部位

単純・造影

患者氏名:

生年月日: T・S・H・R

年 月 日 才

検査日: 年 月 日

依頼院所:

読影(要・不要)

追加撮影: MPR(SAG ・ COR) 3DCT

検査目的:

指示医師名:

岐阜勤労者医療協会

みどり病院