

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