

# CT依頼伝票

フリガナ

患者名

生年月日

病名及び疑い病名

既往歴

依頼内容

単純

頭部 胸部 腹部 その他 ( )

造影

腎機能 Cre BUN 採血日 ※3ヶ月以内のデータをお願いします

薬剤アレルギー なし あり :

胸部 腹部 肝ダイナミック その他 ( )

## 保険証添付欄

※枠内に入らない場合は  
別途添付をお願いします。

CD不要



ひがし循環器クリニック

TEL 0532-69-2328  
FAX 0532-69-5525