

貴院の名称
 所在地
 電話番号
 FAX番号
 指示医指名

(フリガナ)

患者氏名 男・女 大・昭 年 月 日 (満 歳)
 平

予約日時 令和 年 月 日 撮影時間 時 分

傷病名

当院での読影を希望しますか はい ・ いいえ
 院外での読影を希望しますか はい ・ いいえ

撮影後、画像データを持ち帰りますか はい ・ いいえ
 * 読影結果は1週間以内に貴院に郵送致します。

検査部位	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン (骨条件含む)	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 内耳
	頸部	<input type="checkbox"/> 軟部	<input type="checkbox"/> 骨	
	胸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肋骨	
	腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部
	骨盤	<input type="checkbox"/> 軟部	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> MPR <input type="checkbox"/> 3D
	脊椎	<input type="checkbox"/> 軟部	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> MPR <input type="checkbox"/> 3D
		<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
	上肢	<input type="checkbox"/> 軟部	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> MPR <input type="checkbox"/> 3D
		<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手掌 <input type="checkbox"/> 手指
	下肢	<input type="checkbox"/> 軟部	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> MPR <input type="checkbox"/> 3D
<input type="checkbox"/> 股関節		<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 足趾	