

CT・MRI検査依頼書

フリガナ 氏名		医療機関名	
男・女		TEL () -	
生年月日 T・S・H 年 月 日生 () 歳		FAX () -	
		医師名	
予約日時 平成 年 月 日 () 時 分			
検査目的			
CT検査 検査部位 ☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 脊柱 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) ☐ 副鼻腔 ☐ 上腹部 ☐ 肩関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 内耳 ☐ 全腹部 ☐ 肘関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 頸部 ☐ 骨盤 (臓器・骨) ☐ 手関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 甲状腺 ☐ 大腿部 ☐ 手指 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 股関節 (右 ・ 左 ・ 両側) 造影剤使用 (する ・ しない) ☐ 膝関節 (右 ・ 左 ・ 両側) (造影のみ ・ 単純+造影) ☐ 足関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ※造影剤を使用する場合はクレアチニン値を記入して下さい。 ☐ その他 () クレアチニン値 (mg/dl)			
MRI検査 検査部位 ☐ 頭部+ ☐ MRA ☐ 上腹部 ☐ 脊柱 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) + ☐ ミエロ ☐ 副鼻腔 ☐ MRCP ☐ 肩関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 内耳 ☐ 腎臓 ☐ 股関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 頸部+ ☐ MRA ☐ 膝関節 (右 ・ 左 ・ 両側) ☐ 甲状腺 ☐ その他 () ☐ 骨盤腔 (膀胱 ・ 前立腺 ・ 子宮) ※MRCPは禁飲食でお願いします。 当日、経口造影剤を飲んでいただきます。			
※MRI検査は心臓ペースメーカー・脳動脈瘤クリック・除細動器・人工内耳は禁忌事項になりますので別紙 MRI問診・予約票で必ず問診を行ってください。			
結果について	☐ CD-ROM ☐ フィルム		
画像出力			
読影レポート	☐ 必要なし ☐ 必要あり 通常・緊急 (おおむね2時間位) ※チェックなしの場合レポート無しになります レポートの返信時間を○で囲んでください。		

予約、お問い合わせ先 恵愛小林クリニック 放射線科
電話 029-263-0651