

# CT・MRI検査依頼書

フリガナ 氏名   男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日生 ( ) 歳	医療機関名  TEL ( ) - FAX ( ) - 医師名
---	--

予約日時 年 月 日 ( ) 時 分

検査目的 主訴、撮影部位を具体的に指摘下さい。

**CT検査**

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 脊柱 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 )
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 肩関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 肘関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 骨盤 (臓器・骨)	<input type="checkbox"/> 手関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 大腿部	<input type="checkbox"/> 手指 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 冠動脈 (小林学医師受診してからとなります)		
<input type="checkbox"/> 股関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )	造影剤使用 ( する ・ しない )	
<input type="checkbox"/> 膝関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )	( 造影のみ ・ 単純+造影 )	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	クレアチニン値 ( mg/dl )	

**MRI検査**

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部 + <input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 脊柱 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ) + <input type="checkbox"/> ミエロ
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 肩関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 股関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 頸部 + <input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> 膝関節 ( 右 ・ 左 ・ 両側 )
<input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( 膀胱 ・ 前立腺 ・ 子宮 )		
<input type="checkbox"/> 冠動脈 (小林学医師受診してからとなります)		

※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