

CT・MRI検査依頼書

フリガナ 氏名 男 ・ 女 生年月日 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・部位を具体的に記入をお願いします

CT検査

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 股関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 足関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> その他 () *1 <input type="checkbox"/> 冠動脈 *1 <input type="checkbox"/> 大腸CT	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 注：食止め <input type="checkbox"/> 全腹部 注：食止め <input type="checkbox"/> 骨盤 (臓器・骨) <input type="checkbox"/> 大腿部	<input type="checkbox"/> 脊柱 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 肩関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 手関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 手指 (右 ・ 左 ・ 両側) 造影剤使用 (する ・ しない) (造影のみ ・ 単純+造影) ※造影剤を使用する場合はクレアチニン値を記入 クレアチニン値 (mg/dl) *1は放射線科に予約をしないで内科の小林学医師を受診してください
--	---	---

MRI検査

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部 + <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 + <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (膀胱・前立腺・子宮)	<input type="checkbox"/> 上腹部 *2 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 脊柱 (頸椎・胸椎・腰椎) + <input type="checkbox"/> ミエ口 <input type="checkbox"/> 肩関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 股関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> その他 () *2MRCPは禁飲食でお願いします。 撮影前に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。

画像出力	CD-ROM出力のみとなります	
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要なし ※チェックなしの場合レポート無しになります。	<input type="checkbox"/> ドクターネット読影必要あり 通常・緊急 ※レポートの返却は撮影終了後2時間です。通常または緊急を○で囲んでください。
	※冠動脈CTと大腸CTは恵愛小林クリニックで読影します。	

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(内線103) FAX 029-219-8582