

超音波検査・骨密度・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	
超音波 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他部位記載 ()	
※超音波検査は超音波検査士が1次レポートのみ記載し後日FAX致します。診断は貴院でおねがいします。	
一般 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 ※骨密度検査は読影はありません、結果のみとなります。	
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"/> 全腹部 注：食止め <input type="checkbox"/> 肩関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 骨盤 (臓器・骨) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 手関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 手指 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 股関節 (右 ・ 左 ・ 両側) 造影剤使用 (しない ・ する) <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 <input type="checkbox"/> その他 () クレアチニン値 (mg/dl)	
*1 <input type="checkbox"/> 冠動脈 *1 <input type="checkbox"/> 大腸CT ※0.81以上の場合、医師が必要と認めた場合のみ依頼してください	
↑*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"/> 上腹部 注：食止め <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 注：食止め <input type="checkbox"/> 肩関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 内耳 ↑経口造影剤を飲みます <input type="checkbox"/> 股関節 (右 ・ 左 ・ 両側) <input type="checkbox"/> 頸部+ <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 腎臓 注：食止め <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)	
注：1時間前に尿をためること	
※MRI検査は心臓ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・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	全て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 ※緊急返却は撮影終了後2時間です。通常の場合は後日昼頃となります。通常・緊急を選びください。
※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