

# CT・MRI検査依頼票

※当クリニックでは、造影検査を行っておりません。

患者氏名		検査日	年 月 日( )
生年月日		医療機関名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	電話	
妊娠	可能性 / <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	FAX	
感染症	<input type="checkbox"/> あり( ) ・ <input type="checkbox"/> なし	医師名	
その他		読影希望	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし

検査部位(詳細をお願いします)※原則として1検査1部位としてください。

CT	MRI
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>頭部単純+MRA</span>
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部(子宮)
<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤部(前立腺)
<input type="checkbox"/> 脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)	<input type="checkbox"/> 脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)
<input type="checkbox"/> 四肢( )	<input type="checkbox"/> 四肢( )
<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )
現症状および検査目的(詳細をお願いします)	

- ◆体格が大きい方(おへそ周りが110cmを超える方)は撮影が困難となる場合があります。予めご了承ください。
- ◆検査時間は30~40分程度です。(検査内容により、前後することがあります。)
- ◆緊急の検査等により、検査開始時間が遅れる場合がございます。予めご了承ください。
- ◆15分以上の遅刻はキャンセルとさせていただきます。予めご了承ください。
- ◆入れ墨は、検査によって変色する場合があります。ご了承ください。
- ◆心臓ペースメーカーをご使用されている方は、MRI撮影ができません。
- ◆画像はCD-Rにてお渡しいたします。

こちらの検査依頼票は、検査前にファックスで当クリニックへご送信ください。また検査当日、患者さまにご持参いただくようお願い申し上げます。

医療法人社団優愛会 目黒ゆうあいクリニック放射線科  
〒153-0065 目黒区中町 2-30-5 敦岡ビル TEL03-3710-6119/FAX03-3710-6219