

CT・MRI検査依頼票

ID		検査日	年 月 日()
氏名	男・女	医療機関名	
生年月日	年 月 日	TEL FAX	
妊娠	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
感染症	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	医師名	
造影希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	読影希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
画像形式	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R		

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。

<u>CT</u>	<u>MRI</u>
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部単純 <input type="checkbox"/> 頭部単純+MRA
<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()

現症及び検査目的(詳細をお願いします)

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

TEL 03-3710-6119

FAX 03-3710-6219