

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		TEL・FAX	TEL
妊娠	<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	
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"/> CD-R <input type="checkbox"/> その他()		

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 <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。

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 TEL 03-3710-6119/FAX 03-3710-6219