

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 | |
| CD-R 作成 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし | 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 |
| <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 頭部単純+MRA |
| <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 頸部 |
| <input type="checkbox"/> 上腹部 | <input type="checkbox"/> 骨盤部(子宮) |
| <input type="checkbox"/> 骨盤部 | <input type="checkbox"/> 脊椎(<input type="checkbox"/> 頸椎 <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。
- ◆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。
- ◆検査時間は40分程度です。(ただし、検査内容により前後する場合があります。)
- ◆検査時間を過ぎた場合はキャンセルとさせていただきます。
- ◆カラーコンタクトレンズを着用したまま検査をしますとやけどの恐れがあるため、検査前に外していただきます。ご自身で保存容器の準備をお願いいたします。
- ◆衣服に金属がある場合(ヒートテック等)は、検査着に着替えていただきます。
- ◆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