

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"/> 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