

### CT・MRI 検査依頼票(FAX用)

フリガナ	依頼元医療機関名
患者氏名 様	電話番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	FAX
性別 男・女	御担当先生 先生
	ご連絡担当者 様

希望日時	第1希望 月 日 ( )	※午後のみ受付です
	第2希望 月 日 ( )	

【必要な検査の項目と検査部位をご指示ください】※○で囲んでください。

<b>CT</b>	頭部 ・ 顔面 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ( 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 骨盤腔 ) 脊椎 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ) その他 ( )
<b>MRI</b>	頭部 ・ 頸部 ・ 脊椎 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙椎 ) 乳腺 ・ 上腹部 ( 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ) 骨盤部 ( 婦人科 ・ 泌尿器科 ・ 整形外科 ) 肩関節 ( 右 ・ 左 ) ・ 肘関節 ( 右 ・ 左 ) ・ 手関節 ( 右 ・ 左 ) 股関節 ( 右 ・ 左 ) ・ 足関節 ( 右 ・ 左 ) ・ 膝関節 ( 右 ・ 左 ) その他 ( )

【下記項目について必ずご記入ください】

<b>CT造影</b>	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> ガストログラフィン( 要 ・ 不要 )
<b>MRI造影</b>	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影

※同意書の内容によっては、検査もしくは造影を中止させて頂く場合がありますのでご了承ください。  
 ※検査の詳細は、検査申込書(別紙)にご記入ください。

<p>【確認事項】</p> <p>ペースメーカー            <input type="checkbox"/>あり    <input type="checkbox"/>なし</p> <p>人工弁                        <input type="checkbox"/>あり    <input type="checkbox"/>なし</p> <p>手術クリップ                <input type="checkbox"/>あり    <input type="checkbox"/>なし</p> <p>その他体内金属物            <input type="checkbox"/>あり    <input type="checkbox"/>なし</p> <p>妊娠                            <input type="checkbox"/>あり    <input type="checkbox"/>なし</p> <p>その他 ( )</p>	<p>【その他コメント】</p>
--	------------------