

CT MRI MRA

シンチグラム(希望検査項目に✓印をしてください)依頼票

氏名

検査年月日

時間

依頼施設名

医師名

希望検査部位に✓印をしてください。

(特にルーチン以外の撮影を希望の場合は詳細をその他の欄に記載してください。)

MRI・CT

(主な目的臓器または範囲)

依頼検査部位	<input type="checkbox"/>	頭部	<input type="checkbox"/>	頸部	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	腹部	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	骨盤腔	<input type="checkbox"/>	脊椎	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	上肢	<input type="checkbox"/>	下肢	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

RI

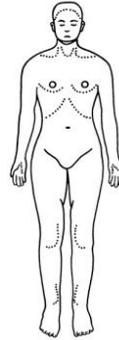
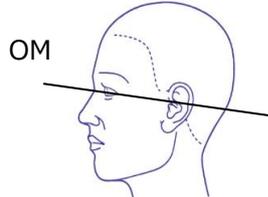
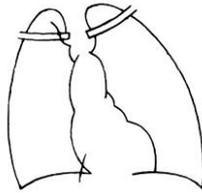
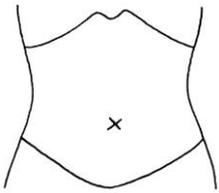
(主な目的臓器または範囲)

依頼検査部位	<input type="checkbox"/>	脳血流	<input type="checkbox"/>	甲状腺	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	肺血流	<input type="checkbox"/>	全身骨	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	全身(ガリウム)	<input type="checkbox"/>	肝	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

単純のみ

造影のみ

単純と造影



MRI検査における安全点検項目です。必ずチェックをしてください。

心臓ペースメーカー 有 無
脳動脈瘤クリップ 有 無
冠動脈バイパスクリップ 有 無
外科的クリップ 有 無
人工関節、骨頭 有 無
人工内耳 有 無

義眼 有 無
人工弁 有 無
体内金属 有 無
妊娠可能性 有 無
いれずみ 有 無

その他全身状態等注意事項
()
確認医師署名
()

・CT・MRI造影検査は3ヶ月以内のクリアチニン数値をお知らせください。(Cr _____)

・MRI検査の場合、安全のためコンタクトレンズの装用を禁止させていただきます。

・ご希望データ媒体にチェックしてください。CD-Rご希望の場合は下記にご署名をお願いします。(後日郵送いたします)

CD-R(Windowsのみ)

※本CD-Rは当医療機関での診療目的以外では使用しません。

フィルム

医師氏名

所見のみ

印
横須賀市立うわまち病院