

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 上町 太郎

検査年月日 2018年4月1日 時間 13時～

依頼施設名 ○○ クリニック 医師名 △△医師

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 checked="" type="checkbox"/>	頭部			頸部	
		胸部			腹部	
		骨盤腔			脊椎	
		上肢			下肢	
		その他				

RI

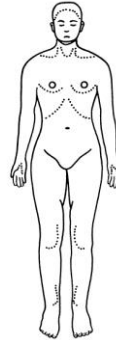
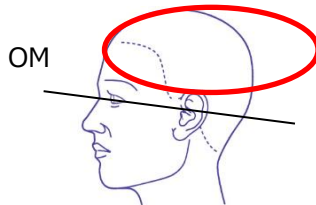
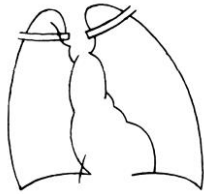
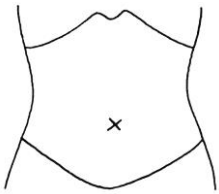
(主な目的臓器または範囲)

依頼検査部位		脳血流			甲状腺	
		肺血流			全身骨	
		全身(ガリウム)			肝	
		その他				

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	義眼	有	無	その他全身状態等注意事項 () 確認医師署名 (△△医師)
脳動脈瘤クリップ	有	無	人工弁	有	無	
冠動脈バイパスクリップ	有	無	体内金属	有	無	
外科的クリップ	有	無	妊娠可能性	有	無	
人工関節、骨頭	有	無	いれずみ	有	無	
人工内耳	有	無				

・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

所見のみ

医師氏名

△△医師

横須賀市立うわまち病院