

# MRI・CT 検査依頼書

呉竹メディカルクリニック

さいたま市大宮区桜木町1-185-1

検査依頼書送信先 FAX 048-658-0101

予約・お問い合わせ TEL 048-658-0100

ふりがな 患者氏名  (呉竹 ID ) 男 ・ 女 様	依頼元医療機関名  Tel - -
生年 T・S・H 月日 西暦 年 月 日 ( 才)	依頼科 ご担当医名  科
患者様連絡先 (日中連絡のとれる番号)	読影依頼 造影 要 ・ 否 大変申し訳ございません。今の所、お受けしていません。

検査予約日時 (必ず電話にてご予約の上、ご記入下さい)  年 月 日 時 分より	貴院次回診察日  月 日
<input type="checkbox"/> <b>MRI</b> <input type="checkbox"/> 頭部 ( 脳 ・ MRA ) <input type="checkbox"/> 頸部 ( MRA ) <input type="checkbox"/> 腹部 ( 肝・胆・膵・腎・MRCP ) <input type="checkbox"/> 骨盤部 ( 前立腺・膀胱・子宮卵巣 ) <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎・仙骨 ) <input type="checkbox"/> 肩 ( 左 ・ 右 ) <input type="checkbox"/> 股関節 ( 左 ・ 右 ) <input type="checkbox"/> 膝 ( 左 ・ 右 ) <input type="checkbox"/> その他 ( 左 ・ 右 ) ( )	<input type="checkbox"/> <b>CT</b> (3D作成の時は後日返却となります) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 ( 肺 ・ 縦隔 ・ 大動脈 ) <input type="checkbox"/> 腹部 ( 肝・胆・膵・腎・腹部全体 ) ( 前立腺・膀胱・子宮卵巣・大動脈 ) <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎・仙骨 ) <input type="checkbox"/> 四肢 ( 左 ・ 右 ) (部位 ) <input type="checkbox"/> 股関節 ( 左 ・ 右 ・ 両 ) <input type="checkbox"/> その他 ( 左 ・ 右 ) ( )
検査目的・撮影部位の具体的指示	主症状・臨床経過

■ 検査に際し、以下の項目の確認をお願いいたします。

<b>MRI</b>	体内金属 (心臓・ペースメーカー・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・その他の体内金属) (具体的に )	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	入れ歯 (磁石で固定するタイプ)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	刺青、アートメイクなど	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	妊娠の可能性 ※「有」の場合は、当院撮影不可	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
<b>CT</b>	妊娠の可能性 ※「有」の場合は、当院撮影不可	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有