

(CT ・ MRI) 検査依頼票

患者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女) _____ 依頼検査日時 _____ 年 月 日 _____ 時 分

生年月日 (T・S・H・R 年 月 日) 依頼医師署名 _____

モダリティ	検査部位		撮像方法	依頼病名	
CT	頭部	ルーチン ・ 外傷ルーチン ・ 眼窩		単 純 の み ・ 造 影 の み ・ 単 純 + 造 影	依頼病名
		副鼻腔 ・ その他()			
	頸部	ルーチン ・ その他()			
	胸部	ルーチン ・ 大動脈 ・ その他()			
	腹部	上腹部 ・ 下腹部 ・ 上下腹部			
		大動脈 ・ その他()			
	胸部～下腹部	胸部～下腹部 ・ 大動脈			
	脊椎	頚椎 ・ 胸椎 ・ 胸腰椎移行部 ・ 腰椎			
		仙骨尾骨 ・ その他()			
	躯幹	胸骨 ・ 肋骨 ・ 鎖骨			
		骨盤 ・ その他()			
	上肢	右 ・ 左	肩関節 ・ 上腕 ・ 肘関節 ・ 前腕		
手関節 ・ 手 ・ その他()					
下肢	右 ・ 左	股関節 ・ 大腿 ・ 膝関節 ・ 下腿			
		足関節 ・ 足 ・ その他()			
MRI	頭部	ルーチン+MRA ・ ルーチン+DWI		単 純 + 造 影	CD-R (持ち帰り・郵送) 希望 読影 (お急ぎ便・通常) 希望
		ルーチン+MRA+DWI			
	頸部	甲状腺 ・ 頸部MRA			
	腹部	上腹部 ・ 下腹部 ・ 上腹部+MRCP			
	脊椎	頚椎 ・ 胸椎 ・ 胸腰椎移行部 ・ 腰椎			
		仙骨尾骨 ・ その他()			
	躯幹	胸骨 ・ 鎖骨			
		骨盤 ・ その他()			
	上肢	右 ・ 左	肩関節 ・ 上腕 ・ 肘関節 ・ 前腕		
			手関節 ・ 手 ・ その他()		
	下肢	右 ・ 左	股関節 ・ 大腿 ・ 膝関節 ・ 下腿		
			足関節 ・ 足 ・ その他()		
				検査目的	
				その他詳細	
				画像指示 MPR [COR ・ SAG ・ ()] 3D ・ HRCT ・ Dynamic その他()	

*すべての検査に読影レポートを添付いたします。

*当日の検査依頼につきましては要相談となります。お気軽にお問い合わせください。