

# 検査依頼書

焼津市立総合病院 様

次のとおり患者の検査を依頼します。

検査予約日時				
年	月	日	午前・午後	時 分

フリガナ	性別 (男・女)
患者氏名 _____	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
患者住所 _____	電話番号 ( ) _____

※CT検査、MRI検査については、単純撮影検査のみとします。  
 ※検査を依頼する該当番号、項目に○を付けてください。尚、「画像データ記録メディア選択」など、必要な項目にも○を付けてください。  
 ※ペースメーカー装着者はMRI撮影ができません。

<p>&lt;1&gt; CT検査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 頭部</li> <li>2 頸部</li> <li>3 脊椎</li> <li>4 胸部</li> <li>5 腹部</li> <li>6 四肢</li> </ul>	<p>&lt;2&gt; MRI検査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 頭部 (ルーチン・内耳・眼窩)</li> <li>2 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)</li> <li>3 頸部</li> <li>4 体幹部 (胸部・腹部・MRCP・骨盤部)</li> <li>5 四肢</li> <li>6 MRA (頭部・頸部)</li> <li>7 VSRAD &lt;アルツハイマー型認知症用&gt;</li> </ul> <p>※各 ( ) 内は、一部位に○を付けてください。</p>
--	--

<3> 核医学検査 [ 骨 甲状腺(テクネチウム) 腫瘍(ガリウム) 腎(レノグラム) 脳血流(IMP) ]

<4> 骨密度測定検査 (※RI検査、胃レントゲン等バリウム検査の後には、測定できないことがあります。)

<5> 乳腺X線撮影検査(マンモグラフィ) (※乳腺画像データはCDのみです。)

● 読影レポート [ 不要 ] (※この用紙は「読影不要」用です。)

● 画像データ記録メディア選択 [ ビューア付DICOM CD ・ オリジナルDICOM CD (Mac・UNIX等) ・ ~~フィルム~~ ]

臨床症状、検査目的、その他検査上の具体的指示を記入してください。 << コメント欄 >>	※妊娠の可能性 有 ・ 無
	※体内金属チェック (MRI用) 有 ・ 無
	(有りの場合、具体的内容を記入してください)
_____ → 検査 可	

依頼日 年 月 日 依頼医 住所  
 病院名  
 医師名  
 電話番号  
 Fax番号