

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。

<1> CT検査 1 頭部 2 頸部 3 脊椎 4 胸部 5 腹部 6 四肢	<2> MRI検査 1 頭部 (ルーチン・内耳・眼窩) 2 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) 3 頸部 4 体幹部 (胸部・腹部・MRCP・骨盤部) 5 四肢 6 MRA (頭部・頸部) 7 VSRAD <アルツハイマー型認知症用> ※各 () 内は、一部位に○を付けてください。
---	---

<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 有 ・ 無
	※入墨、アートメイク 有 ・ 無 →患者の同意 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