

焼津市立総合病院 様

検査前診察時間 午前・午後 時 分

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	()			

※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 胸部 4 腹部	<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。 ※整形領域の脊椎と四肢は、「読影不要」の用紙でご依頼ください。
---	---

<3> DWIBS検査 (ドゥイブス検査) ※ 右下の「体内金属チェックMRI用」欄への記入もお願いします。

＜4＞ 核医学検査〔骨・甲状腺(テクネチウム)・腫瘍(カリウム)・腎(レノグラム)・脳血流(IMP)・ダットスキャン〕

<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 「 必 要 」 (※この用紙は「要読影」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 ≫ 疑い病名	※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

※今回の検査が公費負担医療に該当する場合は公費制度名を記入してください()

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