

□CT □MRI 検査依頼書 (診療情報提供書)

記載日 平成 年 月 日

伊達病院  
TEL 087-831-1701  
FAX 087-831-1704

医療機関名  
住所  
TEL番号  
FAX番号

先生

医師名

患者氏名

検査予定日

年 月 日 ( ) 午前 午後 時 分

様  
男・女

連絡先

単純・造影

生年月日  
T・S・H

年 月 日

歳

Tel

臨床診断および主訴、病歴の要約(必ず記入してください)

CT検査

検査目的

●撮影指示

- 頭 部  胸腹部
- 頸 部  股関節
- 胸 部  その他 ( )
- 腹 部 ( 上腹部・下腹部・上、下腹部 )

単 純 ・  造 影 ( 1相 ・ Dynamic )

MRI検査

問診

次に該当する項目にチェックして下さい

- 心臓ペースメーカー  脳動脈クリップ  心臓人工弁  閉所恐怖症
- 人工関節・骨頭  重篤な不整脈  妊娠  入れ墨
- その他体内金属( )

四肢	脊椎	頭部	胸部	腹部	骨盤	Angio
<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 脳動脈
<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 頸動脈
<input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 大動脈

依頼目的 および具体的指示