

CT/MRI/骨密度 検査依頼用紙

紹介元医療機関名:

医師名:

紹介患者氏名(カタカナ):

性別: 男 女

生年月日:T・S・H・R 年 月 日 生 (歳)

連絡先番号(自宅/携帯):

検査希望日: 年 月 日 午前・午後

臨床診断:

検査目的:

検査機器: MRI CT 骨密度

検査部位: 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部

脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)

肩(右・左) 膝(右・左) その他 ()

希望撮像方法（現在、造影検査は行ってません）：

放射線読影レポート

必要（通常翌日郵送） 必要（当日FAX）

不要 画像CD-R必要枚数： 1枚 2枚 （）枚

<患者様への確認事項>

妊娠の有無：有・無

閉所恐怖症：有・無

心臓ペースメーカー：有・無

金属（クリップ[°]、人工関節など^ゝ）：有・無

人工内耳：有・無

刺青、アートメイク：有・無

歯科矯正、インプラント：有・無

【紹介先医療機関】 きたがわ脳神経外科

TEL:093-482-5960 FAX:093-482-5961