

御依頼医療機関名	医師名
代表電話番号	緊急連絡先
FAX番号（読影有の場合）	(状況により結果を電話にてご報告させていただきます。)

<b>検査日時</b> <b>年</b> <b>月</b> <b>日</b> <b>時</b> <b>分</b> <b>より</b>
--

患者様情報

フリガナ	性別    男・女  歳
氏名	
生年月日      M・T・S・H・R      年      月      日	
電話番号	

※検査項目部位に○で囲んで下さい

CT		MRI	単純（造影撮影は行っておりません）
頭部	ルーチン	頭部	ルーチン・MRA
頸部	ルーチン	頸部	ルーチン・MRA
胸部	肺野縦隔・大動脈	腹部	肝・胆・膵・腎・脾・MRCP
腹部	肝～腎・腎～骨盤腔・肝～骨盤腔・骨盤腔	骨盤腔	膀胱・子宮・卵巣・前立腺
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎
上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手	上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足	下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足
<b>CT造影</b>	※既往、処方に記載をお願い致します		
頭部	ルーチン		
頸部	ルーチン		
胸部	肺野縦隔・大動脈		
腹部	肝～腎・腎～骨盤腔・肝～骨盤腔・骨盤腔		
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎		
上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手		
下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足		
既往			
処方			

※検査目的のご記入をお願い致します。

FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、予約票を事前にご確認して頂く様にお伝え下さい。

検査当日、予約時間の20分前までに受付へお声掛けして頂く様にお伝え下さい。

当日の持ち物は予約票・検査依頼票・同意書（CT造影、MRIのみ）・保険証となります。

全症例読影させていただきます。