聖隷富士病院検査依頼票（CT or MRI)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※どちらかに○を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 様（男・女） |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 　　 |
| TEL |  |
| 撮影日時 | 年　　月　　日　　　　　　　　　　　時　　分頃 |

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼医院 |  |
| 依頼医師 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患名（疑い）（必ずご記入下さい） |  |
| 検査項目 | 特に観察したい臓器や関節撮影方向等希望ありましたらお願いします |
| 部位 | 下欄に○を記載 |
| 頭部 |  | ①読影（有、無）。②至急読影（要、不要）次回診察日（　　月　　日）検査後1週間以内にレポートが必要な場合に②は記載してください。郵送が間に合わないことが予測された場合FAXで送信します。 |
| 頸部 |  |
| 胸部 |  |
| 上腹部 |  |
| 骨盤腔 |  |
| 四肢 |  |
| 頚椎 |  |
| 胸椎 |  |
| 腰椎 |  |
|  |

特殊撮影および画像処理依頼

|  |  |
| --- | --- |
| CT・骨3D構築・骨多断面再構成・その他（　　　　　　　　　） | MRI・頸部MRA・脂肪肝定量・腎動脈MRA・下肢MRA・その他（　　　　　　　　　） |

聖隷富士病院　放射線課

MRI問診票