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