

聖隷富士病院検査依頼票（CT or MRI）

（契約検査時用）

※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	
T E L	
F A X	

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
部位	下欄に○を記載	撮影方向等希望ありましたらお願いします
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		
頸椎		
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（ ）
--	---