

CT MRI MRA
 シンチグラム (希望検査項目に
 (√印をして下さい)

依頼票

氏名

検査年月日

時間

依頼施設名

医師名

希望検査部位に√印をしてください。

(特にルチーン以外の撮影を希望の場合は詳細をその他の欄に記載して下さい。)

MRI・CT (主目的臓器または範囲を)

依頼検査部位	頭部		頸部	
	胸部		腹部	
	骨盤腔		脊椎	
	上肢		下肢	
	その他			

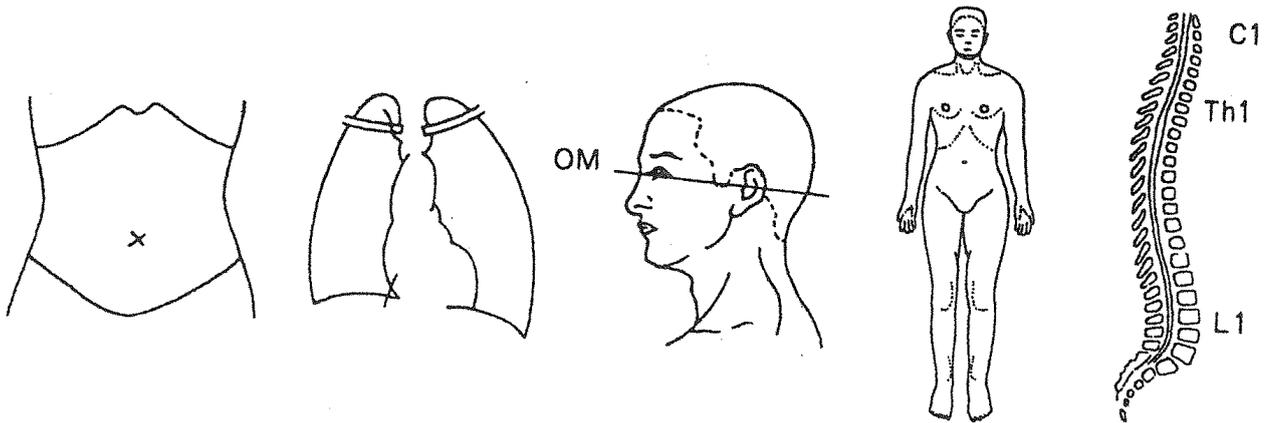
RI (主目的臓器または範囲を)

依頼検査部位	脳血流		甲状腺	
	肺血流		全身骨	
	全身(ガリウム)		肝	
	その他			

単純のみ

造影のみ

単純と造影



MRI検査における安全点検項目です。必ずチェックをして下さい。

心臓ペースメーカー	有	無	義眼	有	無	その他全身状態等注意事項 ()
脳動脈クリップ	有	無	人工弁	有	無	
冠動脈バイパスクリップ	有	無	体内金属	有	無	確認医師名 []
外科的クリップ	有	無	妊娠可能性	有	無	
人工関節、骨頭	有	無	いれずみ	有	無	
人工内耳	有	無				