ホスピタル坂東

HOSPITAL BANDO

ＣＴ・ＭＲＩ検査依頼書

● 患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 年月日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 希望検査：　□CT　□MRI　□MRA

● 撮影部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 造影希望：　□有（※）　□無

● 読影希望：　□不要

□必要＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● レントゲン結果の持ち帰り方法：　□フィルム　□CD-R

● 緊急度：　□普通　□緊急

MRI患者の状態確認項目

アレルギー	□無	□有
閉所恐怖症	□無	□有
刺青、アイシャドウ	□無	□有
体内に埋め込んだもの	□無	□有（　　）
補聴器	□未使用	□使用
入れ歯（はずせるもの）	□未使用	□使用
手術既往	□無	□有
妊娠中（妊娠の可能性のあるかた）	□無	□有

CT患者の状態確認項目

妊娠中（妊娠の可能性のあるかた）	□無	□有
アレルギー	□無	□有

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※：造影希望「有」の場合は、紹介状持参の上、事前に当院内科外来を受診して下さい。その際に担当医より検査についてご説明致します。

【紹介元医療機関】