

CT・MRI検査依頼書

- 患者氏名: _____
- 生年月日: _____
- 希望検査: CT MRI MRA
- 撮影部位: _____

- 造影希望: なし 有り※
- 読影希望: 不要
必要 _____
- 検査結果の持ち帰り方法: CD-R

MRI患者の状態確認項目

- | | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有() |
| 体内に埋め込んだもの | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有() |
| 刺青、アイシャドウ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 装具・コルセット | <input type="checkbox"/> 未使用 | <input type="checkbox"/> 使用() |
| 義歯・補聴器 | <input type="checkbox"/> 未使用 | <input type="checkbox"/> 使用() |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有() |
| 妊娠中(妊娠の可能性のあるかた) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

※:造影希望「有り」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いただきます。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】