

C T 単純 造影 検査依頼書

※基本的に単純検査のみの為、造影検査ご依頼の場合は事前にお問合せ下さい。

貴医療機関名	病 医 診 療 ク リ ニ ッ ク	院 院 所 診 療 科	担当医師
TEL: () ()	FAX: () ()		
申込日・平成 年 月 日	予約日・平成 年 月 日	() 午前・午後	時 分

当院 ID		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	歳	男・女
患者氏名						
住 所	〒 - TEL ()					

Patient Check	アレルギー + ・ - ・ 不明				
	感染症 + ・ - ・ 不明 ()				
全身状態	良 不良				
患者移動	独歩 車椅子 ベッド				
疾 病 名					
実施上の指示					
検査部位	頭頸部	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 骨焼き
		<input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> 頸部ルーチン		
	胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肺野	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈	<input type="checkbox"/> 食道
	腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆のう・胆管	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 脾臓
		<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈・分岐部	<input type="checkbox"/> 膀胱
	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	その他	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 体幹 ()
		<input type="checkbox"/> 四肢 ()			

※当院初診の場合は下記もご記入ください。

《保険証情報》

保険者番号	
記号・番号	・
続 柄	本人・家族 高齢1割・3割

《公費負担情報》

市町村番号	
受給者番号	
一部負担	円

《マル福情報》

記 号	茨-	番 号	
-----	----	-----	--

ご提供いただいた情報は診察のみに使用いたします。

MR I 単純 造影 検査依頼書

※基本的に単純検査のみの為、造影検査ご依頼の場合は事前にお問合せ下さい。

貴医療機関名	病院 医 院 診 療 所 クリニック	診療科	担当医師
TEL: () () ()	FAX: () () ()		
申込日・平成 年 月 日	予約日・平成 年 月 日 ()	午前・午後	時 分

当院 ID									
患者氏名				生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女	
住 所								TEL () () ()	

※安全に検査を行う為、下記太枠内の記載をお願いします。（記載がない場合、検査が行えません。）

安全点検項目	心臓ペースメーカー	有・無	代償不全・発汗障害	有・無	アレルギー歴	有・無
	人口弁置換	有・無	体内金属	有・無	痙攣・てんかん既往歴	有・無
	脳動脈クリップ	有・無	喘息歴	有・無	MRI検査	可・不可
	妊娠	有・無	腎障害	有・無	体 重 :	kg
感 染 症	HIV, MRSA, HCV, HBsAg, STS or TPHA				有・無	

臨床診断・検査成績・実施上の指示（部位詳細）

断面：1.Axial 2.Coronal 3.Sagittal

A 頭部 (P:001, CE:002) <input type="checkbox"/> 基本撮像 (T1,T2,axial) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳道・小脳橋角部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 ()	D 胸部 (P:003, CE:004) <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他 ()	F 骨盤腔 (P:003, CE:004) <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()
B 頸部 (P:001, CE:002) <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 ()	E 腹部 (P:003, CE:004) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> その他 ()	G 四肢・軟部組織 <input type="checkbox"/> 肩関節 (P:003, CE:004) <input type="checkbox"/> 股関節 (P:003, CE:004) 肩・股関節以外 (P:005, CE:006) <input type="checkbox"/> 関節 (部位:) <input type="checkbox"/> 上肢 (部位:) <input type="checkbox"/> 下肢 (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()
C 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 (P:001, CE:002) <input type="checkbox"/> 胸椎 (P:003, CE:004) <input type="checkbox"/> 腰椎 (P:003, CE:004)		

※当院初診の場合は下記もご記入ください。

《保険証情報》

保険者番号					
記号・番号	.				
続 柄	本人・家族	高齢1割・3割			

《公費負担情報》

市町村番号					
受給者番号					
一部負担					円

《マル福情報》

記 号	茨-	番 号	
-----	----	-----	--

ご提供いただいた情報は診察のみに使用いたします。