

( 御依頼用 )

紹介先

CT・MRI検査依頼票 兼 診療情報提供書・照射録

医療法人

新井病院

〒346-0003 埼玉県久喜市久喜中央2-2-28

TEL 0480-21-0070 (放射線科 内線140)

FAX 0480-23-5338

御依頼目的: MRI検査 CT検査

貴院ID 当院ID 御依頼元医療機関名(貴院名)
フリガナ
氏名 男・女
生年月日 M・T S・H 年 月 日 歳
御依頼医師 印
住所 TEL 携帯

検査予約日 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
※上記検査時間の20分前にご来院ください。

\*原則としてMRI検査は1検査は1部位としてください。

CT MRI 臨床診断
□頭部( ) □頭部( )
□頸部( ) ( □MRA □VSRAD )
□胸部( ) □頸部( □MRA )
□腹部( ) □上腹部( 肝・胆・膵 )
□胸腹部( ) □骨盤腔( )
□骨盤( ) ( 子宮・卵巣・前立腺 )
□四肢( ) □脊椎( 頸・胸・腰・仙 )
( 右・左 ) □股関節( 右・左 )
□その他 □膝( 右・左 )
□肩( 右・左 )
□四肢( )
( 右・左 )
□心臓( 冠動脈・心機能 )
□血管( )
□その他
検査部位、検査目的 (詳しくご記入下さいます様、よろしくお願い致します)
手術経験、臨床経過

妊娠 有 ( 週 ) 無 不明
\*CT:原則禁忌です。
\*MRI:14週未満はご本人の承諾が必要です。

MRI検査前チェック(厳重にお願いします)
絶対禁忌 心臓ペースメーカー 無・有
人口内耳 無・有
原則禁忌 脳動脈瘤クリップ 無・有
冠動脈ステント 無・有
消化管吻合クリップ・ステント 無・有
適応注意 鼓室形成術 無・有
人工骨頭・人工関節 無・有
その他の整形外科的金属 無・有
その他の体内金属 無・有
閉所恐怖症 無・有
義肢 無・有
義眼 無・有
マグネット式義歯 無・有
補聴器 無・有
入れ墨 無・有
伏針 無・有

検査画像(CD)の提供方法 患者様にお渡し 郵送

CT MRI
管電圧 120 kv / 130 kv Scan name TR/TE/FA
管電流×時間 AUTO / mAs
年 月 日
撮影技師