□CT　□MRI　□MRA　□RI　□骨密度　検査依頼書

希望依頼項目に☑印をしてください。

氏　名		検査予約日	
依頼施設名		検査予約時間	
		依頼医師名	

希望検査部位に✓印をしてください。
特にルーチ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ください。

MRI・CT　（主目的臓器または範囲を）

依頼検査部位	□ 頭　部	□ 頚部
	□ 胸　部	□ 腹部
	□ 骨盤腔	□ 脊椎
	□ 上肢	□ 下肢
	□その他	

RI　**（キャンセルの期限については検査日3日前までにお願いします。）**

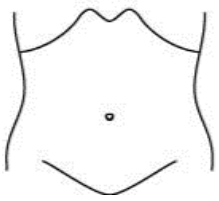
（主目的臓器または範囲を）

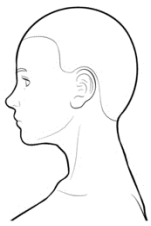
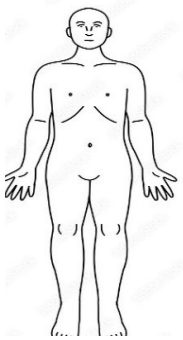
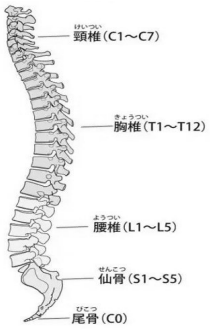
依頼検査部位	□ 脳血流	□ 甲状腺
	□ 肺血流	□ 全身骨
	□ 全身（ガリウム）	□ 肝
	□その他	

骨密度　依頼検査部位

DEXA法	□ 腰椎+大腿骨
	□ 腰椎（大腿部金属　あり）
	□ 大腿骨（腰椎金属　あり）

□ 単純のみ　□ 造影のみ　腎機能Cr（　　mg/dl）　□ 単純と造影　腎機能Cr（　　mg/dl）



MRI検査における安全点検項目です。　必ずチェックをお願いします。

心臓ペースメーカー	有 ・ 無	義眼	有 ・ 無
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	妊娠可能性	有 ・ 無
外科的クリップ	有 ・ 無	刺青 ・アートメイクなど	有 ・ 無
人工関節　人工骨頭	有 ・ 無	ジェルネイル	有 ・ 無
人工内耳	有 ・ 無	マグネットネイル	有 ・ 無
体内金属	有 ・ 無	歯科矯正金具	有 ・ 無
		増毛パウダー	有 ・ 無
		医薬品貼付剤	有 ・ 無

※金属が（有）の場合は、事前にMRI対応可能かご確認お願いします。

その他全身状態等注意事項

（　　）

確認医師署名　【　　】

2026.08.17 更新