

CT MRI MRA
 シンチグラム (希望検査項目に
 ✓印をして下さい)

依頼票

氏名

検査年月日

時間

依頼施設名

医師名

希望検査部位に✓印をして下さい。
 (特にルチー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下さい。)

MRI・CT (主目的臓器または範囲を)

依頼検査部位	頭部	頸部
	胸部	腹部
	骨盤腔	脊椎
	上肢	下肢
	その他	

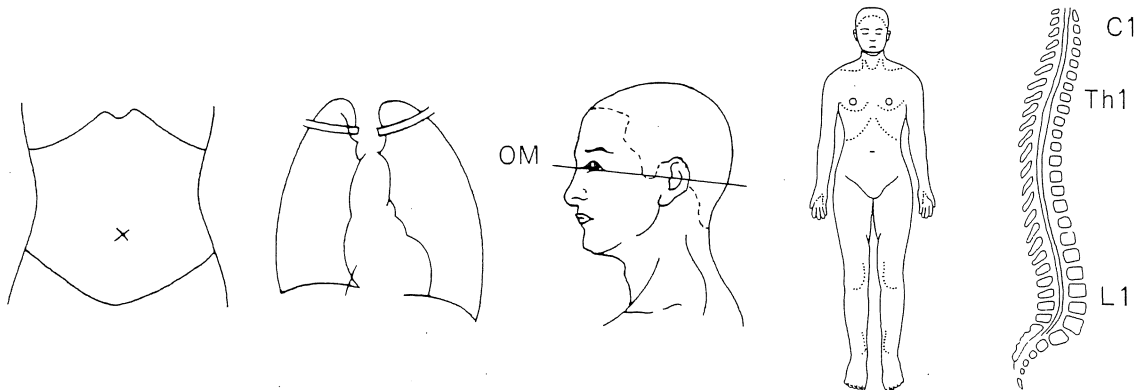
RI (主目的臓器または範囲を)

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	

単純のみ

造影のみ

単純と造影



MRI 検査における安全点検項目です。必ずチェックをして下さい。

心臓ペースメーカ	有	無	義眼	有	無	その他全身状態等注意事項 ()
脳動脈瘤クリップ	有	無	人工弁	有	無	
冠動脈バイパスクリップ	有	無	体内金属	有	無	確認医師署名 []
外科的クリップ	有	無	妊娠可能性	有	無	
人工関節、骨頭	有	無	いれずみ	有	無	
人工内耳	有	無				