

CT・MRI 依頼用紙

紹介元医療機関:

【紹介先医療機関】 おくだ脳神経外科クリニック

TEL:

糟屋郡篠栗町庄 1-2-18

医師名:

TEL 092-410-0311 FAX 092-410-0312

フリガナ

性別

男 ・ 女

患者氏名

生年月日

年

月

日生

(歳)

住所

連絡先

検査希望日	年 月 日 ()
希望時間	午前 ・ 午後 時 分頃

臨床診断:

検査目的:

依頼検査:

MRI ・ CT

検査部位:	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

画像レポート: 必要(原則、翌日郵送します) ・ 不要

画像 CD 枚数: 1 枚 ・ () 枚

備考欄(希望撮影方法など)

患者様への 確認事項

心臓ペースメーカー、人工内耳など	有 ・ 無
体内金属(脳動脈瘤クリップ、骨固定金属、人工関節など)	有 ・ 無
閉所恐怖症	有 ・ 無
アートメイク、刺青など	有 ・ 無
歯の矯正、インプラント	有 ・ 無
妊娠の有無	有 ・ 無