

CT検査依頼書

依頼元機関名	電話番号	依頼医師名
予約日時	検査開始時間	年 月 日 (曜日)
	午前・午後	時 分

フリガナ		
患者氏名	様	(男・女)
		生年月日 年 月 日
患者住所		
電話番号 ()		
吉田病院受診歴 無・有 ID		
撮影部位 (単純撮影のみ)		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 足関節 (R・L)		
* 上記以外の部位はお問合せください。		
* 撮影方法撮影枚数につきましては、当院の撮影条件を適用させていただきます。		
傷病名		
症状経過・検査目的 (できるだけ詳細に記入してください)		

読影レポート (有料) 必要 不要

* 画像データはCD-Rに出力し、検査終了後に患者様へお渡しいたします。

* 読影レポートをご希望の場合、依頼元へ郵送させていただきます。

医療法人吉田病院 代表 052-741-4187

FAX 052-733-7598

放射線科 080-7136-1677

MRI検査依頼書

依頼元機関名	電話番号	依頼医師名
予約日時	検査開始時間	年 月 日 (曜日)
	午前・午後	時 分

フリガナ		
患者氏名	様 (男・女)	生年月日 年 月 日
患者住所		身長 cm 体重 kg
電話番号 ()		
吉田病院受診歴 無・有	ID	

撮影部位		
<input type="checkbox"/> 頭部 + MRA + 頸動脈MRA	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L)	<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L)	<input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (R・L)	<input type="checkbox"/> 足関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 肝臓		<input type="checkbox"/> アキレス腱(R・L)
<input type="checkbox"/> MRCP		

* 撮影方法撮影枚数につきましては、当院の撮影条件を適用させていただきます。

傷病名
症状経過・検査目的 (できるだけ詳細に記入してください)

チェックリスト (体内磁性体の有無など)		
●ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 検査不可
●脳内シャント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 検査不可
●体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 詳細記入 () * 体内金属はMRI対応品である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●入れ墨	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

読影レポート (有料) 必要 不要

* 画像データはCD-Rに出力し、検査終了後に患者様へお渡しいたします。

* 読影レポートをご希望の場合、依頼元へ郵送させていただきます。

医療法人吉田病院 代表 052-741-4187
FAX 052-733-7598
放射線科 080-7136-1677