CT ・ MRI ・ (　　)検査依頼書

実 施 日	年　月　日	検査部位	頭 部	routine 眼窩 副鼻腔 鼻骨
ふ り が な			頸 部	甲状腺 耳下腺 顎下腺
氏　名			胸 部	肺 縦隔 乳房(　)
			腹 部	肝 胆 膵 脾 腎 副腎 MRCP
生 年 月 日	年　月　日		骨盤腔	子宮 卵巣 膀胱 前立腺 直腸
年　齢	才		脊 椎	頸椎 胸椎 腰椎 仙骨 尾骨
依 頼 医			四 肢	骨(　) 軟部(　)
			MRA	頭部 頸部 下肢
当月CT・MRIの検査	**有 ・ 無**		その他	(　)

禁 忌 確 認	CT	心臓ペースメーカー(メドトロニック社製InSync8040のみ)	(ある ・ なし)
		妊娠中もしくは妊娠している可能性	(ある ・ なし)
	MRI	心臓ペースメーカー	(ある ・ なし)
		脳動脈クリップ	(ある ・ なし)
		妊娠中もしくは妊娠している可能性	(ある ・ なし)
		閉所恐怖症	(ある ・ なし)
備　考	※その他注意事項ございましたらご記入下さい		

※太枠のみご記入下さい

CTDIvol	mGy(32cm)
DLP	mGycm

患 者 番 号	
技　師	

この依頼書は照射録となりますので、必要事項を記入し複写をお返し致します
貴院にて画像データとともに管理保管して下さい

特定医療法人扇翔会　南ヶ丘病院