

(検査依頼票)		依頼日 令和 年 月 日	
検査依頼医療機関名		検査依頼医師名	
TEL FAX			
フリガナ			
患者氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日
日中連絡の取れる電話番号			
患者住所	〒		
検査目的および臨床情報、身体機能情報など			
予約日時(検査日時)			
		<input type="checkbox"/> 午前	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 午後	時 分	より
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 骨密度	※現在、造影検査は行っておりません。
依頼内容			
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 (上位胸椎・下位胸椎) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 肺 (CTのみ) <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 (CTのみ)			
()内に左右の記載をお願いします 股関節は○をお願いします			
<input type="checkbox"/> 肩 () <input type="checkbox"/> 肘 () <input type="checkbox"/> 手関節 () <input type="checkbox"/> 手 () <input type="checkbox"/> 股関節 (両・右・左) <input type="checkbox"/> 膝 () <input type="checkbox"/> 足関節 () <input type="checkbox"/> 足 () <input type="checkbox"/> 大腿 () <input type="checkbox"/> 下腿 ()			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
追加シーケンスなどご要望がございましたらこちらにご記入ください。			
骨密度測定の場合		検査に身長・体重が必要となります。下記に記載お願いいたします。	
<input type="checkbox"/> 腰椎のみ			
<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節		身長 _____ cm 体重 _____ kg	
骨密度検査の場合CD-R不要の場合はチェックをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> CD-R不要			
読影レポートについて <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			

様

CT・MRI 検査予約時間は____月____日____時____分です

※骨密度検査の方は予約なしでご来院ください。

検査時間の 15 分前までに、松岡整形外科・内科 リハビリテーション 1 階の検査エリアへお越しください。

ご本人様確認のため健康保険証をご持参ください。また、当院の診察券をお持ちの方は一緒にご提出ください。

検査当日、体調や都合が悪くなったなど、予約時間に来院できない事情が発生した場合には、放射線室まで(直通 080-9151-5344)ご連絡ください。

検査エリアへ入室の際は、ドア前にある下足箱のスリッパに靴を履き替えてください。入室後、放射線室のスタッフが検査のご案内をいたします。

※MRI 室は、砂などの微粒子が装置に悪影響を及ぼしますので、ご協力をお願いいたします。

