

検査依頼票

※ 単純 CT・単純 MRI のみ（造影検査は実施できません）／ お電話でのご予約後、本票を FAX でお送りください。

希望検査	☐ CT ☐ MRI	検査日時	令和 年 月 日（ ） 時 分
------	--	------	-----------------------------------

※ 検査日時はお電話でご予約いただいた日時をご記入ください

御依頼施設名		TEL :	
		FAX :	

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	性別
患者氏名	様			男 ・ 女

【MRI】撮影部位・目的 ※ご希望の項目に ✓ をご記入ください

☐ 頭部	☐ 基本ルーチン ☐ MRA ルーチン（基本+MRA） ☐ てんかんルーチン ☐ 認知症ルーチン ☐ 認知症ルーチン+MRA
☐ 頸部	☐ 頸部 ☐ 頸部 MRA
☐ 脊椎	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎
☐ 上肢	☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 (右 ・ 左)
☐ 下肢	☐ 股関節 ☐ 膝 ☐ 足 (右 ・ 左)

【CT】撮影部位・目的 ※ご希望の項目に ✓ をご記入ください

☐ 頭部	☐ 基本ルーチン ☐ 顔面 ☐ 副鼻腔
☐ 頸部	☐ 頸部
☐ 胸部	☐ 胸部 ☐ 胸部～上腹部 ☐ 頸部～胸部
☐ 腹部～骨盤	☐ 上腹部（肝～腎） ☐ 腹部～骨盤
☐ 胸部～骨盤	☐ 胸部～骨盤
☐ 上肢	☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 (右 ・ 左)
☐ 下肢	☐ 股関節 ☐ 膝 ☐ 足 (右 ・ 左)
検査目的	
診断名	
臨床症状（コメント）	

検査前確認項目 該当する項目の □ に ✓ をご記入ください

【MRI】確認項目 ☐ (1) 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器(ICD) ☐ (2) 体内電子機器・人工内耳 ☐ (3) 脳動脈クリップ・脳室シャントチューブ ☐ (4) 磁力義眼・磁力義歯・歯科矯正ワイヤー ☐ (5) 心臓人工弁 ☐ (6) 体内ステント・体内コイル・体内クリップ ☐ (7) 持続自己血糖測定器（リブレ等）装着 ☐ (8) 骨折治療用器具・人工関節 ☐ (9) 金属片（事故等による混入） ☐ (10) 入れ墨（アートメイク含む） ☐ (11) 閉所恐怖症 ☐ (12) 妊娠またはその可能性 ☐ (13) 20～30 分程度の安静保持が困難 MRI 検査歴：□無 □有（ 年頃） 体内金属「有」の場合： ・ 時期（ 年頃）手術施設（ ） ・ MRI 対応：□対応済 □非対応 □不明	【CT】確認項目 ☐ (1) 心臓ペースメーカー ☐ (2) 植込み型除細動器(ICD) ※該当時は検査不可 ☐ (3) 持続自己血糖測定器（リブレ等）装着 → 有の場合、外して良いか：□可 □不可 ☐ (4) 妊娠またはその可能性 ☐ 上記確認項目に該当しない （確認後 ✓ をしてください）
---	---

上記確認項目について患者様に確認し、検査を受けることの同意を得ました。

令和 年 月 日 依頼医署名：_____（直筆をお願いします）