

依頼日 平成 年 月 日

大館市立扇田病院

FAX番号 0186-55-1028

医療機器共同利用 CT・MRI 検査依頼書

CT・MRIのどちらかにをつけてください。

検査希望日 月 日 () 希望時間 (~)	
患者氏名	フリガナ 様 当院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明) 患者ID ()
生年月日	年 月 日 (歳) 性別 男 ・ 女
住所	電話 () その他連絡先

紹介元 医療機関名	TEL	-	-
所在地	FAX	-	-
医師名			

依頼するにあたり、下記 、 の有無に を付けていただきますようお願いします。

金属等	(有・無)	妊娠	(有・無)
-----	-------	----	-------

撮影部位にチェックを付けていただき、部位・内容について詳細記入をお願いします。

撮影部位	頭部 頸部 胸部 腹部 (横隔膜 ~ 腎下極) 骨盤部 部位・範囲 (骨・軟部) を記載ください。 上肢 (R・L、範囲) 下肢 (R・L、範囲) 脊椎 (頸部・胸椎・腰椎・仙尾骨) その他 ()	診断名・主症状・撮影目的・撮影条件指示 どちらかにチェックをお願いします。
	読影レポート	要 不要