

依頼日 平成 年 月 日

大館市立扇田病院

**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	当院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明) 患者ID ( )
	様	
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