依頼日　令和　　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のどちらかに〇をつけてください。

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①、②の有無に〇を付けていただきますようお願いします。

①	金属等	（有・無）		③	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（脳実質） ☐　頭部（脳以外：　　） ☐　頸部 ☐　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