

CT ・ MRI ・ ( ) 検査依頼書

実施日	年 月 日	検査部位	頭 部	routine 眼窩 副鼻腔 鼻骨
ふりがな			頸 部	甲状腺 耳下腺 顎下腺
氏 名			胸 部	肺 縦隔 乳房( )
生年月日	年 月 日		腹 部	肝 胆 膵 脾 腎 副腎 MRCP
年 齢	才		骨盤腔	子宮 卵巣 膀胱 前立腺 直腸
依 頼 医			脊 椎	頸椎 胸椎 腰椎 仙骨 尾骨
			四 肢	骨( ) 軟部( )
			MRA	頭部 頸部 下肢
当月CT・MRIの検査			有 ・ 無	その他 ( )

禁忌確認	CT	心臓ペースメーカー(メドトロニック社製InSync8040のみ)	( ある ・ なし )
		妊娠中もしくは妊娠している可能性	( ある ・ なし )
	MRI	心臓ペースメーカー	( ある ・ なし )
		脳動脈クリップ	( ある ・ なし )
		妊娠中もしくは妊娠している可能性	( ある ・ なし )
		閉所恐怖症	( ある ・ なし )

安全管理  CT検査の必要性和メリット、デメリットを説明し同意を得ました。

備 考

※その他注意事項ございましたらご記入下さい

※太枠のみご記入下さい

CTDIvol	mGy(32cm)
DLP	mGycm

患者番号	
技 師	

この依頼書は照射録となりますので、必要事項を記入し複写をお返し致します  
貴院にて画像データとともに管理保管して下さい

特定医療法人扇翔会 南ヶ丘病院  
R2.4.1改訂