

放射線科検査依頼票 CT/MRI/骨密度

依頼医療機関名		依頼医師名	
---------	--	-------	--

患者情報記載欄			検査日時		
フリガナ		性別	年	月	日
患者氏名		男・女			
生年月日	年	月	日	時	分

検査機器、部位記載欄

CT <input type="checkbox"/> 単純のみ・ <input type="checkbox"/> 造影のみ・ <input type="checkbox"/> 単純造影両方	MRI <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 (副鼻腔) <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝～腎) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 四肢 (右・左) <input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳ルーチン・軟部腫瘍) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 (硬口蓋～胸鎖関節) <input type="checkbox"/> 頸部血管 (造影なしMRAのみ) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔・体幹軟部腫瘍) <input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・脾臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP (ボースデル無しの場合は指示して下さい) <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺・女性骨盤臓器 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 (造影なし) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)
※3Dご希望の際は後日郵送となります 撮影範囲を[]に記載してください	<input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手・手指・軟部腫瘍(部位)) <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢(股・大腿・膝・下腿・足・足指・軟部腫瘍(部位))

骨密度

腰椎、股関節

①腰椎・股関節に骨折はありませんか？〈はい・いいえ〉 (部位： 時期：)

②妊娠中ではありませんか？〈有・無〉 ③透析を受けていますか？〈はい・いいえ〉

※1週間以内にバリウム検査、造影MRI、造影CT、RIを受けていると検査できない場合がありますのでご相談下さい

○臨床診断名

○既往

○検査目的



読影	有・無
出力	CD-R・フィルム
提出方法	<input type="checkbox"/> 患者様に手渡し <input type="checkbox"/> 郵送(/ 必着)

○CTの冠状動脈撮影、MRI対応ペースメーカー患者様は当院循環器内科への依頼をお願いいたします。

○複数部位をオーダーされますと検査できない場合がございます。複数部位を希望される場合は必ず予約時にご相談ください。

○造影CT、単純(造影)MRIでは別途同意書も記載必須です。

※提出方法等に記載がない場合はこちらの都合とさせていただきます

※骨密度検査は紙出力で装置自動判定が記載されています