

愛記念病院 MRI / CT検査依頼書

平成 年 月 日

貴院の名称

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

(フリガナ)			男・大	
患者氏名	様	女	昭・平	年 月 日 (満 歳)

検査予定日	年	月	日	曜日	
画像受渡し	<input type="checkbox"/> 本人手渡し	<input type="checkbox"/> 郵送			
読影レポート	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> メール添付(PDF)	E-mail()	
診察	<input type="checkbox"/> 診察不要 <input type="checkbox"/> 診察要 (現在は脳神経外科診察のみです)				

<p>【MRI】 検査事前チェックリストの記入をお願いします</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA</p> <p><input type="checkbox"/> 頸部</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部</p> <p><input type="checkbox"/> 骨盤</p> <p><input type="checkbox"/> 脊椎</p> <p>[<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎]</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢関節 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>【CT】</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部ルーチン [<input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Thin スライス] <input type="checkbox"/> 顔面</p> <p><input type="checkbox"/> 頸部</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部 [<input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> その他 ()]</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部 [<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()]</p> <p><input type="checkbox"/> 脊椎</p> <p>[<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎]</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢関節 ()</p> <p><input type="checkbox"/> CTアンギオ</p> <p>[<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 下肢血管]</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
---	---

単純・造影

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> 身長 cm・体重 血清クレアチニン値 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> kg・アレルギー・喘息(+-)・妊娠(+-) mg/dl ※クレアチニン値 1.5 以上は造影不可 </div> </div>
--

臨床診断・現病歴・検査目的・検査データ 他	検査の指示
-----------------------	-------

患者様への検査の内容説明と結果説明をお願い致します。
 検査当日は保険証をご持参の上、西大阪病院1階 受付にご来院頂きますようご説明をお願い致します。