

# MRI・CT・EEG 検査依頼票

年		月		日		時		分			
依頼病院名						患者名					
診療科		医師名				増強	有・無				
撮影部位	頭部	頭部MRA	頸部MRA	頸椎	胸椎	腰椎	胸部	腹部	骨盤腔		
	(右・左)肩関節	(右・左)肘関節	(右・左)手関節	(右・左)膝関節	(右・左)足関節	股関節	その他( )				
患者情報	造影剤アレルギー		+	-	妊娠		+	-	感染症	+	-
	体内磁性体(ペースメーカー)		+	-							
画像媒体	CD	フィルム	不要								
臨床診断 依頼目的 特記事項											
撮影方法	※撮影方法に希望などあれば記載して下さい。(希望通り撮影出来ない場合もありますご了承下さい)										
読影結果	※読影結果は別紙に記載される場合がございます。ご確認下さい。										