

MRI・CT・EEG 検査依頼票

(患者住所は診療録と同じ)

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		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)																	