

MRI・CT 検査依頼用紙

紹介元医療機関:

所在地:

TEL:

[紹介先医療機関]

FAX:

はしぐち脳神経クリニック

医師名:

TEL : 092-707-5345 FAX : 092-707-5350

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日生 (歳)
住所			
連絡先			

検査希望日	年 月 日 ()
希望時間	午前・午後 時 分 頃

臨床診断			
所見・検査目的			
依頼検査	MRI ・ CT		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()		
画像レポート	必要(後日郵送します)・不要	画像 CD 枚数	1 枚 + 枚

備考欄

--

検査前確認事項

心臓ペースメーカー、人工内耳など	有・無
体内金属(脳動脈瘤クリップ、骨固定金属、人工関節など)	有・無
歯の矯正、インプラント	有・無
アートメイク、刺青など	有・無
妊娠の有無	有・無
閉所恐怖症	有・無