

田中 卓雄 先生

MR/CT 検査の御依頼

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日

紹介接骨院名

柔道整復師名

連絡先電話番号

連絡先 FAX 番号

予定日時	年	月	日 (午前・午後)	時	分
------	---	---	-----------	---	---

ご紹介くださる先生方へ… 以下の項目にチェックをお願いします。

検査種別	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P
------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

(造影剤の使用は医師の判断によるものとする)

部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔)	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 上下腹部
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 血管 (頭部・頸部・胸部・腹部・上肢・下肢・その他)			
	<input type="checkbox"/> 筋骨格系 ()						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

読影レポート

要

結果

CD 希望フィルム希望

< 該当する項目がありましたらチェックをお願いします。 >

MR/CT 共通

造影剤アレルギー
気管支喘息
妊娠の可能性
腎機能障害
アレルギー
心臓ペースメーカー等の体内埋め込み機器

MR のみ

体内金属
閉所恐怖症
大きな入れ墨

*検査にあたり何か留意すべき点 (撮影部位や条件・要望等) をご記入ください。