

(記入日 月 日)

CT・MR 検査依頼書 (この依頼書は事前に届くようにお願いいたします)

依頼先 病院 科 医師

患者氏名 様

生年月日 年 月 日 歳(男・女)

カルテ番号

麻生脳外受診歴(無・有)

連絡先電話番号

確認事項

体内金属 (無・有_____)

磁性の義歯 (無・有)

閉所恐怖症 (無・有)

鎮 静 (不要・要)

妊 娠 (無・有)

造影剤アレルギー (無・有_____)

※造影検査依頼の場合のみ

☆ 次回受診予定日: 月 日

CT ・Routine ・3D-Bone ・3D-CTA

MR ・MRA ・Diffusion ・T2*

検査部位

脳 下垂体 頭蓋頸椎移行部

頸椎 胸椎 腰椎 頸部 胸部 腹部

頸動脈分岐部 大動脈弓分岐部

その他 ()

	T1	T2	PD	FLAIR	Gd(+)
axial					
sagittal					
coronal					
oblique					

※造影検査が必要なときは腎機能を含む血液データの確認をお願いします

具体的希望事項

臨床経過・現症:

臨床診断:

患者様にお伝えください 検査日時: 月 日 () 時 分

- 初診・造影検査の方は30分前までに、受診歴のある方は15分前までに受付を済ませてください
- 保険証を持参してください
- 当日の流れは 受付 → 診察(初診の方のみ) → 検査 → 会計 となります