

# 放射線科検査依頼票 CT/MRI/骨密度

依頼医療機関名

依頼医師名

## 患者情報記載欄

フリガナ		性別		検査日時
患者氏名		男・女		年 月 日
生年月日	年 月 日	歳		時 分

## 検査機器、部位記載欄

### CT 単純のみ・ 造影のみ・ 単純造影両方

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部      | <input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰) |
| <input type="checkbox"/> 顔面(副鼻腔) | <input type="checkbox"/> 四肢(右・左)   |
| <input type="checkbox"/> 聴器      |                                    |
| <input type="checkbox"/> 頸部      |                                    |
| <input type="checkbox"/> 胸部      | <input type="checkbox"/> CTA       |
| <input type="checkbox"/> 腹部(肝～腎) |                                    |
| <input type="checkbox"/> 骨盤部     |                                    |

※3Dご希望の際は後日郵送となります

撮影範囲を[ ]に記載してください

### 骨密度

- 腰椎、股関節

①腰椎・股関節に骨折はありませんか？〈はい・いいえ〉 (部位：\_\_\_\_\_ 時期：\_\_\_\_\_)

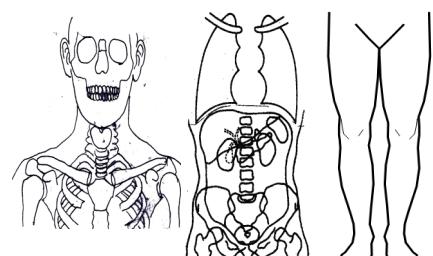
②妊娠中ではありませんか？〈有・無〉 ③透析を受けていますか？〈はい・いいえ〉

※1週間以内にバリウム検査、造影MRI、造影CT、RIを受けていると検査できない場合がありますのでご相談下さい

○臨床診断名

○既往

○検査目的



読影

有・無

出力

CD-R・フィルム

提出方法

- 患者様に手渡し  
・  
 郵送( / ) 必着)

○CTの冠状動脈撮影、MRI対応ペースメーカー患者様は当院循環器内科への依頼をお願いいたします。

○複数部位をオーダーされますと検査できない場合がございます。

複数部位を希望される場合は必ず予約時にご相談ください。

○造影CT、単純(造影)MRIでは別途同意書も記載必須です。

※提出方法等に記載がない場合はこちらの都合とさせていただきます

※骨密度検査は紙出力で装置自動判定が記載されています

イムス富士見総合病院 放射線科 ☎049-251-3027「直通」