

# CT/MRI 検査依頼用紙

紹介元医療機関名：

医師名：

患者氏名（カタカナ）：

性別：男・女

生年月日：T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）

連絡先番号（自宅/携帯）：

検査希望日： 年 月 日 午前・午後

臨床診断：

検査目的：

検査機器： CT ・ MRI

検査部位： 頭部  頸部  胸部  腹部  骨盤部

肩（右・左）  膝（右・左）  脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）

その他（ ）

放射線読影レポート

必要（通常翌日郵送）  必要（当日FAX）  不要

画像CD必要枚数： 1枚  2枚 （ ）枚

備考（希望撮像方法など）

～患者様への確認事項～

妊娠の有無 有 ・ 無

閉所恐怖症 有 ・ 無

心臓ペースメーカーなど 有 ・ 無

金属（クリップ、人工関節など） 有 ・ 無

刺青、アートメイク 有 ・ 無

歯科矯正、インプラント 有 ・ 無

【紹介先医療機関】福岡西脳神経外科  
TEL：092-833-8181 FAX：092-833-8186