

# CT・MRI検査依頼票・診療情報提供書

※この欄には記入しないで下さい。

依頼元医療機関情報

フリガナ		男 ・ 女
患者氏名		
大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)		

住所	〒		
携帯番号	-	-	
ご自宅	-	-	

予約日時	年	月	日	来院時間	午前・午後	時	分
------	---	---	---	------	-------	---	---

検査を希望するモダリティにチェックを入れて下さい。 ➔

MRI

CT

この欄はCTで ご使用下さい	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部 (骨盤腔含む)		
頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 他 ( )	
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 他 ( )
骨盤部	<input type="checkbox"/> 股関節				
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆嚢・膵臓 (MRCP)	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 他 ( )	
骨盤	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 他 ( )	
四肢	肩関節	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	膝関節	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	
	肘関節	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	足関節	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	
	手関節	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	足	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	
	手指	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	足趾	<input type="checkbox"/> ひだり・ <input type="checkbox"/> みぎ	
<input type="checkbox"/> その他 ( )					

検査目的・臨床症状や検査に対する撮影条件等

体内埋め込み型医療機器 (心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳等)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ➡ 検査できません
体内金属 場所・いつ等 [ ]	無・有
妊娠中・妊娠の可能性	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ➡ 検査できません

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

※撮影の初期設定が必要です。  
 厳密でなくて構いません。

矢口渡脳神経クリニック

〒146-0095

東京都大田区多摩川1-20-3

電話番号：03-3757-7575

FAX：03-3757-7576