

オープン検査依頼票

御依頼医療機関名		医師名	
代表電話番号		緊急連絡先（携帯等）	

検査日時 年 月 日	患者様情報記入欄		
	フリガナ		性別
時 分より	患者様氏名		男・女
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	歳

検査項目記入欄（該当部位を○で囲んで下さい）

C T		MRI	
単純のみ		単純のみ	
頭部	ルーチン・副鼻腔・顔面骨	頭部	脳・MRA
頸部	甲状腺	頸部	MRI・MRA
胸部	肺野・縦郭・大動脈	胸部	乳房
腹部	上腹部・肝・胆・膵・腎	腹部	MRCP・肝・胆・膵・腎
骨盤腔	膀胱・前立腺・子宮・卵巣	骨盤腔	膀胱・前立腺・子宮・卵巣
上肢	右・左 肩・肘・手関節・手	上肢	右・左 肩・肘・手関節・手
下肢	右・左 股関節・大腿・膝・足関節・足	下肢	右・左 股関節・大腿・膝・足関節・足
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎
その他		その他	

<依頼目的>

臨床診断：

既往歴・現症：

画像出力はCD・DVDのみとなります

読影の有無

有

無

※通常、画像データは患者さまに手渡し、読影報告書は後日郵送もしくはFAXにて医療機関宛に送付いたします。

※腹部・骨盤腔の撮影は検査3時間前より食事を控えて下さい。（水・お茶は可）

※骨盤腔の撮影は検査1時間前より尿を貯めて下さい。

※MRCPではボースデル（経口造影剤）を使用する場合があります。消化管穿孔疑いがある場合には使用できません。

チェック項目（該当部位を○で囲んで下さい）

感染症	無・（有： ）	安静	可・不可（ ）
C T		MRI	
ペースメーカー	無・（有： ）	ペースメーカー	無・（有： 検査不可 ）
妊娠	無・（有： 原則検査不可 ）	体内金属	無・（有： ）
		妊娠	無・（有： ヶ月）
		刺青	無・（有： ）
		磁石式入れ歯	無・（有：非磁性化されます）
		閉所恐怖症	無・（有： ）

