

# CT・MRI検査依頼書

ID No \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

指示医	
紹介医療機関名	
造影	有 ・ 無
ダイナミック	有 ・ 無

検査部位

頭部 ( )	胸部 ( )
顔面 ( 眼窩 副鼻腔 側頭骨 )	腹部 ( MRCP )
頸部 ( 甲状腺 )	下腹部 ( 子宮 卵巣 前立腺 膀胱 )
脊椎 ( 頸椎 胸椎 腰椎 )	骨・関節 ( )

その他の部位及び特別指示

実施日	年	月	日	AM PM	時	分	技師
-----	---	---	---	-------	---	---	----

臨床診断 現病歴

所見