

## 検査予約依頼票

ご依頼元医療機関名：

フリガナ 患者氏名	様	電話	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日

検査日	年 月 日	時間	時 分
-----	-------	----	-----

ご依頼検査	MRI	・	CT
造 影	有	・	無
読 影	有	・	無
撮影部位	1. 頭 部	脳・眼窩・耳道・鼻腔 頭蓋骨	
	2. 頸 部	咽頭・喉頭・甲状腺	
	3. 胸 部	縦隔・肺胸膜・心臓 鎖骨・胸骨・肋骨	
	4. 腹 部	肝・胆・膵・腎・副腎 消化管	
	5. 骨 盤	膀胱・子宮・卵巣・前立腺 消化管 骨盤骨	
	6. 脊 椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙椎	
	7. 上 肢	肩・肩甲骨・上腕・肘・前腕・手関節・手指 ( 右 ・ 左 )	
	8. 下 肢	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足趾 ( 右 ・ 左 )	
	9. 血 管	脳血管・頸動脈・大動脈・下肢・上肢 ( 右 ・ 左 )	

ご依頼検査	骨塩定量検査 *骨塩定量検査は4ヶ月に1回を限度(前回検査は必ずご記入下さい)		
前回検査	有 ( 年 月 日 )	・ 無	体重： 身長：

その他(病歴・検査目的等は必須記入願います)

※ 造影剤を使用する際は、医療機器の共同利用とは異なり事前に検査予約依頼票と紹介患者用診療申込書と保険証のコピーと採血結果を当院までFAX送信願います。