ＣＴ・ＭＲＩ検査　検査依頼内容詳

＊紹介状扱いとなりますので、必ずご記載ください（別途紹介状は不要です）。

ＣＴ検査

紹介目的	□検査　□診察と検査
検査内容	□ＣＴ単純　□ＣＴ造影（直近３カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります）
患者状態	＊記入必須 **アレルギー（無・有：　　）　腎障害（無・有）　喘息（無・有）** **糖尿病内服（無・有：　　）　女性のみ　妊娠（無・有）**
依頼部位	□頭部 □頚部 □胸部 □全腹部（肝臓～骨盤腔）□上腹部（肝臓～腎臓）□骨盤部 □頸椎 □胸椎 □腰椎 □仙骨・尾骨
	□胸部～上腹部 □胸部～全腹部
	□上肢（Ｒ・Ｌ・両）（部位：　　）　□下肢（Ｒ・Ｌ・両）（部位：　　）
	□その他部位（　　）

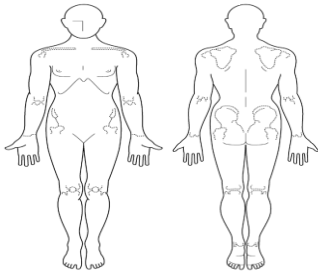
主訴または病名［　　］

症状：

検査目的：

※こちらの欄は必ずご記入いただきますようお願い致します。

シェーマ



ＭＲＩ検査

紹介目的	□検査　□診察と検査	
検査内容	□ＭＲＩ単純　□ＭＲＩ造影（直近３カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります）	
患者状態	＊記入必須 **アレルギー（無・有：　　）　腎障害（無・有）　喘息（無・有）** **糖尿病内服（無・有：　　）　女性のみ　妊娠（無・有）**	
患者情報	＊記入必須 **体内金属（無・有：　　）　ペースメーカー（無・有）**	
依頼部位	□頭部 □頭部ＭＲＡ □頚部 MRA □頚部 □その他ＭＲＡ（部位：　　）□眼窩	
	□胸部 □上腹部 □ＭＲＣＰ □骨盤部	□頸椎 □胸椎 □腰椎 □仙骨・尾骨
	Ｒ・Ｌ	□肩関節 □肘関節 □手関節 □股関節 □膝関節 □足関節
	Ｒ・Ｌ	□上腕 □前腕 □大腿 □下腿 □手 □足
	□その他部位（　　）	

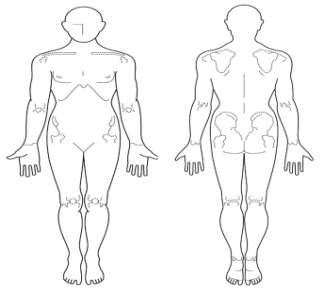
主訴または病名［　　］

症状：

検査目的：

※こちらの欄は必ずご記入いただきますようお願い致します。

シェーマ



医療連携室（直通 TEL）03-5696-1871（平日 8:30～17:00、土曜 8:30～12:00）

2021 年 1 月 27 日改訂