

検査依頼票

依頼検査	CT ・ MRI ・ 超音波 ・ マンモグラフィ ・ その他					
予約希望日	①	年	月	日	午前	午後
	②	年	月	日	午前	午後
	③	年	月	日	午前	午後

ふりがな		性別	医療 機関名						
氏名		男・女							
生年月日	西暦	年	月	日	歳	医師名			
腹部の場合	食止めの指示					あり	なし	造影剤 同意書	記入 済 ・ 未
造影						有	無		

紹介目的・傷病名	
既往歴	
病状経過	
検査結果	

●CT

☐ HEAD	☐ Chest	☐ 頸椎	☐ 肩関節	☐ 股関節
☐ 副鼻腔	☐ 冠動脈	☐ 胸椎	☐ 肘関節	☐ 膝関節
☐ 頸部	☐ 腹部	☐ 腰椎	☐ 手関節	☐ 足関節
	☐ 胸腹部	☐ 骨盤	☐ 手指	☐ 足部
	☐ 大動脈	☐ その他 (		

●MRI

☐ 頭部ルーチン	☐ 乳腺	☐ 肝臓	☐ 全身骨 meta	☐ 前立腺	☐ 頸椎	☐ 肩関節	☐ 股関節
☐ 頭部+MRA	☐ 縦隔	☐ 脾臓		☐ 子宮	☐ 胸椎	☐ 肘関節	☐ 膝関節
☐ 副鼻腔		☐ 腎臓		☐ 卵巣	☐ 腰椎	☐ 手関節	☐ 足関節
☐ 聴器		☐ MRCP		☐ 膀胱	☐ 全脊椎	☐ 手指	☐ 足部
☐ 頸部	☐ その他 (						

●超音波

☐ 腹部	☐ 乳腺	☐ 心臓
☐ その他 (		

●その他検査

☐ マンモグラフィ	☐ 骨密度
☐ その他 (	

《MRI》

《 CT 》

記入日 月 日 氏名

	検査名	予約日時				
検査①		年	月	日	時	分
検査②		年	月	日	時	分
検査③		年	月	日	時	分

2