

CT・MRI・RI検査依頼書

外部依頼用

氏 名		様				
生年月日		M T S H	年	月	日	才
検査日 午前 午後			年	月	日	(曜日)
			時	分		
			時	分		
			時	分		
C T	M R I 単純造影		R I			
単純造影 ()	(体重 kg)					
頭部 頭部以外 (眼窩・鼻・耳・その他) 頸部 胸部 腹部 腹部～骨盤 骨盤 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) 上肢 (部位) 下肢 (部位) その他 ()	頭部 頭部以外 (眼窩・鼻・その他) ・アンギオ (頭部・頸部・その他) 頸部 胸部 腹部 ・MRCP (胆管・膵管の撮像) 骨盤 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) 上肢 (部位) 下肢 (部位) その他 ()		脳血流シンチ ・甲状腺サブトラクション ・甲状腺摂取率 ($^{99m}\text{TcO}_4^-$) 肺血流シンチ 腎シンチ ・レノグラム 骨シンチ ・ガリウムシンチ 心筋 心筋負荷無し (BM IPor T1) その他 ()			
病院 医院 医師						
検査目的及び臨床情報						
CT撮影条件 :120 Kv 200mA lsec		フィルム	技			
		枚	師			

愛媛労災病院

地域医療連携室

専用TEL (0897)33-6199

専用FAX (0897)33-6198