

福岡和仁会病院 画像検査依頼書

1. 検査を受ける方の情報

検査日 年 月 日

フリガナ

性別 男 女

氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

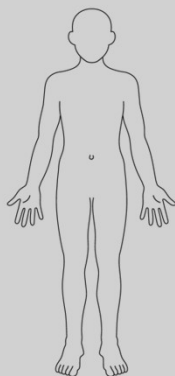
2. モダリティ

一般撮影 CT MRI

3. 臨床診断・検査目的

.....
.....

4. 撮影部位



- 頭部
- 頸部 頸椎
- 胸部 胸椎 肩関節
- 肘関節 手関節 手
- 腹部 腰椎 骨盤 股関節
- 膝関節 下腿 足関節 足
- その他()

撮影方法・条件について
希望があればご記入ください

.....
.....
.....
.....

5. チェックリスト (MRI検査を受ける場合のみ)

MRIの検査歴 (有・無) ペースメーカー (有・無) 人工内耳 (有・無) クリップ・コイル (有・無)

体内金属 (有・無) 刺青・アートメイク (有・無) 妊娠の可能性 (有・無)

※体内にペースメーカーや人工内耳がある方はMRI検査を受けることができません。

6. 読影レポート

必要 不要

依頼元医療機関 :

医師名 :

依頼先医療機関 : 医療法人 和仁会 福岡和仁会病院

検査予約後、下記に記載のFAX番号までこちらの依頼書をお送り下さい。

医療法人 和仁会 福岡和仁会病院
TEL 092-891-7621
FAX 092-882-8051