

# 依頼書

## M R ・ C T

T・S

患者氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日： H・R 年 月 日

診断名： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

### 撮影部位

頭部 (+VSRAD)  頸部  頸椎  胸椎  腰椎

膝関節 (左・右)  股関節 (左・右)  骨盤

上腹部 (+MRCP)  胸部  その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 詳細情報

- 1、 独歩 ・ 車いす
- 2、 タトゥー・アートメイク・ネイルアート・コンタクト … あり ・ なし
- 3、 体内金属 あり ・ なし
- 4、 妊娠の可能性 あり ・ なし

現病歴 \_\_\_\_\_

### 検査目的

-----

-----

-----

-----

【依頼者情報】 住所 〒

医療機関名

担当者

TEL/FAX