

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 (+V S R A D) 頸部 頸椎 胸椎 腰椎

膝関節 (左・右) 股関節 (左・右) 骨盤

上腹部 (+M R C P) 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

T E L / F A X