

# 検査・遠隔画像診断依頼書

<input type="checkbox"/>	通常読影依頼
<input type="checkbox"/>	至急読影依頼

検査日	年	月	日
モダリティ	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	
施設名			
担当医師			

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

性別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

撮影部位	・ 頭部 ( <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> VSRAD )
	・ 頸部 ( <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 )
	・ 腹部 ( <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 )
	・ 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 )
	・ 胸部 ( <input type="checkbox"/> 肺・縦隔 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> COPD解析 )
	・ 骨盤 ( <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 )
	・ その他 ( _____ )

### 臨床情報

### 読影医へのコメント

<b>チェックリスト</b>	
・体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ペースメーカー, 体内除細動器, その他( _____ )
・体表の金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 入れ歯, 補聴器, 義眼, 人工肛門, カラーコンタクトレンズ
・入れ墨・アイライナー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・妊娠または疑い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・撮影時静止困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

検査説明日	医師署名
_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____

送信日	年	月	日	返信チェック日	年	月	日
-----	---	---	---	---------	---	---	---

**注意: この用紙は、読影医が画像診断を行う際に必要な情報となりますので、黒いペンなどでハッキリ わかりやすくご記入くださいますようお願い致します。**