

検査・遠隔画像診断依頼書

通常読影依頼
 至急読影依頼

氏名 天竜 太郎

生年月日 1930 年 4 月 1 日

年齢 90 歳

性別 男 ・ 女

検査日	2018 年 7 月 1 日
モダリティ	<input checked="" type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
施設名	施設名 依頼医 を記入してください
担当医師	

撮影部位	・ 頭部 (<input checked="" 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

臨床所見をご記入ください

読影医へのコメント

読影して欲しいポイントや、撮影したいシーケンスをご記入ください。
 ※撮影方法に指定がない場合は当院のルーチンシーケンスを撮影させていただきます。

チェックリスト

・体内金属	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	→ <u>入れ歯</u> 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
・妊娠または疑い	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
・撮影時静止困難	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

検査説明日

医師署名

2018年 7月 1日

依頼医の署名をお願いします

送信日

こちらの欄は当院で
記入させていただきます

返信チェック日

こちらの欄は当院で
記入させていただきます

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。