伊奈病院　CT・MRI検査依頼票

伊奈病院カルテ番号

医療機関名：　　申込日　　年　　月　　日（　　）

医師名：

診療科：

医療機関連絡先：　　ー　　ー　　依頼元カルテID

（ﾌﾘｶﾞﾅ） 患者氏名 生年月日　和暦（西暦　　年　　月　　日 緊急連絡先　　ー　　ー	予約日時　　年　　月　　日（　　） 時　　分 変更日時　　年　　月　　日（　　） 時　　分

≪撮影部位・撮像方法≫

CT

- □ 頭部　□ 頸部
- □ 胸部　□ 上腹部
- □ 腹部～骨盤
- □ 脊椎
  - ・頸椎　・胸椎　・腰椎
- □ 骨盤
- □ その他

部位：

3D構築：　有　無

MRI

- □ 頭部
- □ 腹部①
- □ 脊椎　・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・全脊椎
- □ 骨盤
- □ 肩関節　R ・ L
- □ 肘関節　R ・ L
- □ 手関節　R ・ L
- □ 膝関節　R ・ L
- □ 足関節　R ・ L
- □ 下腿　R ・ L
- □ 股関節　R ・ L
- □ 頭部+VSRAD
- □ 腹部①+MRCP →
- □ その他

※ボースデル使用
（ 可 ・不可 ）
※金属アレルギー
（ あり・なし ）

部位：

※ルーチン以外は下表に記載をしてください

ルーチン検査			番
SAG	T1	T2	T2*
COR	T1	T2	T2*
TRA	T1	T2	T2*
脂肪抑制		DWI	

画像診断報告書	□ あり □ なし

検査目的・臨床経過

※詳細記載ない場合は検査をお受けすることができません

撮影条件	電　圧	管電流	時　間	技 師 名
	kv	mA	Sec	

MRIのチェックリスト

心臓ペースメーカー	□ あり	□ なし
人口内耳・義眼	□ あり	□ なし
材質不明金属	□ あり	□ なし
妊娠(女性のみ)	□ あり	□ なし

※上記項目該当ありの場合はMRI不可です

手術歴	□ あり	□ なし
※ありの場合の部位		
体内金属	□ あり	□ なし
※ありの場合の材質		
入れ墨/アートメイク	□ あり	□ なし
閉所恐怖症	□ あり	□ なし
装着物(持続血糖測定装置など)	□ あり	□ なし

体重　　Kg　　MRI撮像　□ 可

伊奈病院 地域連携課　FAX：048-720-1140　／　TEL：048-723-2130

2025.8.23更新