

## 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 \_\_\_\_\_

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"/> 脾	<input type="checkbox"/> 膵	<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	(				)	・ 全身	<input type="checkbox"/> DWIBS		

### 臨床情報

### 読影医へのコメント

### チェックリスト

・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	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・妊婦または疑い	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・撮影時制止困難	<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。**