

都志見病院医療機器共同利用申込書兼同意書

共同利用希望日時 年 月 日 () 時 申込日 年 月 日

CTとMRは14時からの予約となります。

申込医療機関名 医師名

住所 Tel() - Fax() -

共同利用機器名 : MR ・ CT ・ RI

利用方法 : 1. 検査及び読影あり 2. 検査のみ読影なし

フリガナ 大・昭 患者氏名 様 男・女 平・令 年 月 日生 (才)

住所 電話 () -

撮影部位

MR・CT (単純撮影のみ)

- 全脳 眼窩 副鼻腔 上・下顎骨 頸部 VSRAD MRA()
胸部(肺・縦隔) 腹部 骨盤内 MRCP
頸椎 胸椎 腰椎 肩(左・右) 上腕(左・右) 肘(左・右) 前腕(左・右) 手(左・右)
股関節(左・右) 大腿(左・右) 膝(左・右) 下腿(左・右) 足関節(左・右) 足(左・右)
その他 ()

MRIはペースメーカー・人工内耳装着者は、撮影出来ません。

インプラント装着者・その他の金属類につきましてはご相談下さい。

RI 骨 心筋 その他()

その他 脳波 神経伝導速度 その他()

患者状態 歩行可能 車椅子 ベッド

現病歴及び検査目的

Table with 2 columns: ID, 氏名 様

予 約 票

予約日時 : 年 月 日 () 時 分から

- 特記事項 絶食の必要はありません。
時 分より絶食です(水分は可)。
時 分より注射をします。その後 時頃に撮影があります。