

予約日	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分
ふりがな	医療機関名・医師名		
患者氏名	様		
生年月日	T S H 年 月 日	男・女	
患者住所			
TEL			

ご依頼の検査項目・部位にを入れ、左右は○で囲んで下さい。(MRIは1部位でお願い致します)

- MRI検査
- |                                   |                                   |                                 |                             |                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部       | <input type="checkbox"/> 副鼻腔      | <input type="checkbox"/> 内耳     | <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 上腹部( ) |
| <input type="checkbox"/> 骨盤腔      | <input type="checkbox"/> 頸椎       | <input type="checkbox"/> 胸椎     | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 股関節    |
| <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) | <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左) | <input type="checkbox"/> その他( ) |                             |                                 |

- MRA検査
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 頸部 |
|-----------------------------|-----------------------------|

(MRI禁忌) ・心臓ペースメーカー ・体内除細動器 ・人工内耳 ・妊娠の疑いがある方 ・閉所恐怖症の方  
 (その他) ・人工弁 ・圧可変式シャント ・動脈瘤クリップ等体内留置金属は種類によりMRI禁忌のものが  
 ありますので、手術を受けられた医療機関にご確認下さい。

- CT検査
- |                              |                              |                                 |                             |                             |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部  | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 内耳     | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 胸部 |
| <input type="checkbox"/> 上腹部 | <input type="checkbox"/> 骨盤腔 | <input type="checkbox"/> その他( ) |                             |                             |

- 大腸CT検査

- 胸部X線単純撮影
- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 正面 | <input type="checkbox"/> 正面・側面 (撮影方向は 右→左 ・ 左→右) |
|-----------------------------|--|

- 胃部X線透視検査

- 胃内視鏡検査 (抗血栓薬の服用 あり・なし)

- 超音波検査
- |                                |                                |                                 |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腹部エコー | <input type="checkbox"/> 心臓エコー | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

- ホルター心電図
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> エルゴメーター運動負荷心電図 |
|---|

- 骨密度検査
- |                                |
|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肺機能検査 |
|--------------------------------|

- マンモグラフィー (乳房X線撮影2方向)

※ 心臓ペースメーカー, V-Pシャント, 豊胸術, 妊娠の疑いがある方, 授乳中, 断乳後1年未満の方は検査できません。

- 血圧脈波検査 (CAVI・ABI)
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群在宅検査 |
|--|

- その他 ( )

疑い病名, 検査目的, 既往歴, 症状, 経過など (できるだけわかりやすい日本語でお願いします)