

撮影指示書

施設名
(ゴム印可)

ふりがな								
患者氏名	_____			様	性別	男	・	女
生年月日	年	月	日		()	歳
住所	_____				電話番号	_____		

【検査予定日時】

年 月 日 時 分～

【検査モダリティ】

CT MRI 骨密度 (前腕のみ)

【読影】

要 **不要** (未記入の場合は読影いたします)

【撮影部位】

頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部

脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)

上肢 (肩 上腕 肘 前腕 手関節 手)

下肢 (股関節 大腿 膝 下腿 足関節 足)

その他 (_____)

【左右指示】

右 左 両

【検査目的】
