

共同利用撮影指示書

施設名
(ゴム印可)

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

【検査予定日】

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）

【検査部位】

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】
