

【 検 査 依 頼 票 】

MRI・CT・骨密度

患者氏名		検査種	MRI・CT・骨密度
性別	男 ・ 女	検査部位	
生年月日	年 月 日	造影の有無	単純 ・ 造影
依頼医療機関名	病院 医院 診療所 クリニック		
依頼医師名		読影依頼	要 ・ 不要

(楷書でご記入下さい)

1. 主訴 依頼病名
2. 検査目的
3. その他の医療情報 (既往歴・造影時の腎機能など)