



REQUEST FORM

VN _____ Date _____
 Name _____ Age _____ Sex _____ Weight _____ Kgs.
 Address _____ Tel _____

CT Scan (Computed Tomography)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Brain | <input type="checkbox"/> 2 Orbits | <input type="checkbox"/> 3 Sinuses/PNS | <input type="checkbox"/> 4 Pituitary |
| <input type="checkbox"/> 5 Temporalbone | <input type="checkbox"/> 6 Nasopharynx include neck node | <input type="checkbox"/> 7 Neck | <input type="checkbox"/> 8 Larynx |
| <input type="checkbox"/> 9 Chest | <input type="checkbox"/> 10 HRCT Lung | <input type="checkbox"/> 11 Kidneys | <input type="checkbox"/> 12 Upper Abdomen (Multi Phase CM) |
| <input type="checkbox"/> 13 Lower Abdomen | <input type="checkbox"/> 14 3D CT of _____ | <input type="checkbox"/> 15 Others _____ | |

Screening Study

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 16 Lung | <input type="checkbox"/> 17 KUB Stone | <input type="checkbox"/> 18 Sinuses | <input type="checkbox"/> 19 QCT BMD of Spines |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
- * ในการตรวจ CT ที่ต้องฉีดสารทึบแสง เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ จะต้องมีผล LAB BUN และ Cr.มาด้วยทุกครั้ง *

MRI (Magnetic Resonance Imaging)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Brain | <input type="checkbox"/> 1.1 Brain+Skull Base | <input type="checkbox"/> 1.2 Brain+IAC | <input type="checkbox"/> 1.3 Brain+Hippocampus |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Brain+Pituitary | <input type="checkbox"/> 1.5 Brain+Cranial Nerve | <input type="checkbox"/> 2 Orbits | <input type="checkbox"/> 3 Nasopharynx include Neck node |
| <input type="checkbox"/> 4 Pituitary | <input type="checkbox"/> 5 Brachial plexus | <input type="checkbox"/> 6 Sinuses/PNS | <input type="checkbox"/> 7 Breasts (2 sides) |
| <input type="checkbox"/> 8 Chest | <input type="checkbox"/> 9 Upper Abdomen | <input type="checkbox"/> 10 Lower Abdomen | <input type="checkbox"/> 11 MRCP+Upper Abdomen |
| <input type="checkbox"/> 12 Shoulder RT/LT | <input type="checkbox"/> 13 Elbow RT/LT | <input type="checkbox"/> 14 Wrist RT/LT | <input type="checkbox"/> 15 Hip RT/LT |
| <input type="checkbox"/> 16 Knee RT/LT | <input type="checkbox"/> 17 Ankle RT/LT | <input type="checkbox"/> 18 _____ Spines one part+Screening Whole Spines | |
| <input type="checkbox"/> 19 Cervical Spines | <input type="checkbox"/> 20 Thoracic Spines | <input type="checkbox"/> 21 Lumbosacral Spines | <input type="checkbox"/> 22 C-T Spines |
| <input type="checkbox"/> 23 T-L Spines | <input type="checkbox"/> 24 Whole Body Screening | <input type="checkbox"/> 25 MR Bone Scan | <input type="checkbox"/> 26 Others _____ |

MRI+MRA(Magnetic Resonance Angiography)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 27 Brain Include Carotid Artery | <input type="checkbox"/> 28 Thoracic Aorta | <input type="checkbox"/> 29 Abdominal Aorta | <input type="checkbox"/> 30 Renal Artery |
| <input type="checkbox"/> 31 Femoral Artery and Peripheral Runoff | <input type="checkbox"/> 32 Others _____ | | |

MRI+MRV(Magnetic Resonance Venography)

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 33 Brian | <input type="checkbox"/> 34 Portal Vein | <input type="checkbox"/> 35 IVC | <input type="checkbox"/> 36 Femoral Vein and Peripheral Runoff |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|--|

MRI+MRS(Magnetic Resonance Spectroscopy)

- | |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 37 Brain |
|-----------------------------------|

Clinical _____

ข้อห้ามสำหรับการตรวจ MRI
 1 Cardiac Pacemaker
 2 Aneurysm clips/vascular stent
 3 Cardiac Valve Prosthesis
 4 Metallic Foreign body

Referring Physician _____ Phone _____
 Address _____ E-mail: _____

เพื่อความสะดวกของท่านกรุณาโทรนัดล่วงหน้าที 0-2953-9469 เปิดบริการทุกวันไม่มีวันหยุด
 โปรดนำฟิล์มเก่าทุกชนิดที่เกี่ยวข้องมาเพื่อเปรียบเทียบ