



MRI & CT 검사뢰서

의뢰병원명	담당수의사	의뢰병원 전화번호
E-mail(소견서 수신용)		
환자명 및 나이	y m	환자성별 <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> SF
환자체중 kg	환자 종 및 품종 <input type="checkbox"/> 개() <input type="checkbox"/> 고양이() <input type="checkbox"/> 기타()	
보호자 성함	보호자 연락처 ☎()	
의뢰검사 종류 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI + CT	마이크로칩 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	

※ CT/MRI 예약시 필요서류를 kuimaging@naver.com으로 발송해주시시오.

- 환자 기본 정보/차트 (기본정보, 주요증상, 내복약 유무 등)
- 흉부 방사선 2장 (단, 척추질환 의심시 흉부 2장, 복부 2장이 필요합니다.)
- 마이크로칩 유무 (MRI 촬영에 지장이 있다고 판단되는 경우, 의뢰병원에서 제거 후 내원해야 합니다.)
- 7일 이내의 혈액검사 (혈구검사, 혈청검사, 전해질 검사) 결과
- * 추가 문의사항은 ☎) [02-450-3664](tel:02-450-3664)로 문의해주시시오.

주요증상	병력	중점 요구사항

<p>MRI (Magnetic Resonance Imaging)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 두부 <input type="checkbox"/> 경추 <input type="checkbox"/> 흉추 및 요추 <input type="checkbox"/> 관절 (어깨관절 / 엉덩관절 / 무릎관절) <input type="checkbox"/> 기타부위 () 	<p>CSF analysis (뇌척수액 검사)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 기본 검사 : TP, SG, Stick 검사, TNCC, Cytology <input type="checkbox"/> 추가 검사 (별도 상담) : 배양검사 / Distemper virus PCR / Canine & Feline neurologic panel <p>* CSF 검사의 위험성이 높다고 판단되는 경우 또는 CSF 양이 부족한 경우 일부 검사 일부만 진행 될 수 있습니다.</p>
<p>CT (Computed Tomography)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 전신 (두경부, 흉부, 복부) <input type="checkbox"/> 국소 (사지골격, 척추뼈) <input type="checkbox"/> 기타 부위 () 	<p>기타 추가검사</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biopsy, US-guided FNA (별도 상담) <input type="checkbox"/> 체강 유출액 검사 (흉수, 복수 등)