

CT検査依頼書

平成 年 月 日

| | | |
|--|------------|---|
| ふりがな 患者氏名 | (男・女) 様 | 依頼 医療機関名 |
| 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 | | 住所 |
| 検査希望日 <input type="checkbox"/> 直近の検査可能日の対応 | | 電話番号 |
| <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日(時 分) | | FAX番号 |
| <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日(時 分) | | 医師氏名 |
| 当院の受診歴 (有・無・不明) | | 患者の状態: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 搬送車 |
| * 有の場合 年 月(頃) | | |
| CT検査歴 (有・無・不明) | | H B 抗原: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 |
| * 有の場合 年 月 日(頃) | | H C V 抗体: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 検査方法 | | T P H A: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 | | M R S A: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック造影 | | T B: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(G 号) <input type="checkbox"/> 不明 |
| 検査部位 | | ヨード反応: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他() | | 造影検査の場合のみ |
| <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 椎体() | | 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 大動脈 (胸・腹) | | アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 |
| <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵・腎) | | クレアチニン値 () mg/dl |
| <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 四肢() | | |
| 傷病名: | | |
| 臨床診断: 主症状、主検査所見 | | |

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

検査申込手順

1. この依頼書をFAXで送信して下さい(電話でも結構です)
2. 当院で検査日を調整し、検査日の連絡をいたします(予約票をFAXいたします)
3. 患者様が来院されます時は、「CT検査依頼書」「予約票」「健康保険証」を初診受付へご持参下さい

国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

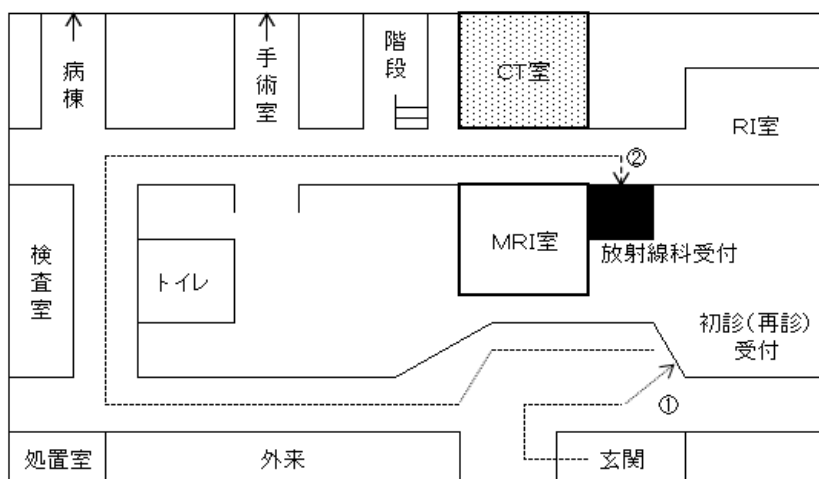
受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)

住所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1

電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785

CT検査を受けられる方へ

- ・ 当日は予約時間の20分前までに、初診受付にお越しください
- ・ 検査予約時間に遅れますと、検査できない場合もあります
- ・ 最初に、「CT検査依頼書」「予約票」「健康保険証」を初診受付にお渡しください
- ・ 腹部の検査の方は、検査当日(朝食、昼食)をとらないでください
- ・ 都合で検査を受けられなくなった場合、地域医療連携室まで早めにご連絡下さい



お問い合わせ先: 国立病院機構神奈川病院 放射線科
電話番号 0463-81-1771(内線3116)

予約変更の連絡先: 国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室
電話番号 0463-81-1784