

CT検査依頼書

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	明・大・昭 平・()・西暦 年 月 日	住 所
検査希望日	<input type="checkbox"/> 直近の検査可能日の対応 <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日(時 分) <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日(時 分)	電話番号 FAX番号 医師氏名
当院の受診歴 (有・無・不明)	* 有の場合 年 月(頃)	患者の状態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 搬送車 H B 抗原： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 H C V 抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 T P H A： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 M R S A： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 T B： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(G 号) <input type="checkbox"/> 不明 ヨード反応： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 造影検査の場合のみ 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 クレアチニン値 () mg/dl
CT検査歴 (有・無・不明)	* 有の場合 年 月 日(頃)	
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック造影	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 椎体() <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 大動脈 (胸 ・ 腹) <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎) <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

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