

# CT 検査予約申込書

済生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 宛  
[ → 放射線部 行 ]

FAX番号…0948-22-3859  
電話番号…0948-22-3804(地域医療連携室直通)  
…0948-22-3740(代表)放射線部(内線1400)

|        |                          |      |      |      |                |             |             |      |    |    |  |
|--------|--------------------------|------|------|------|----------------|-------------|-------------|------|----|----|--|
| フリガナ   |                          |      | 男    | 生    | 明・昭            |             | 年           |      | 月  | 日  |  |
| 患者氏名   |                          |      | 女    | 年    | 大・平            |             | 年           |      | 月  | 日  |  |
| 住所     |                          |      | TEL  |      |                |             |             |      |    |    |  |
| 保険区分   | 健(本)                     | 健(家) | 日(本) | 日(家) | 国(本)           | 国(家)        | 退(本)        | 退(家) | 生保 | 労災 |  |
| いずれかに○ | 自費                       | 自賠   | 乳児   | 障害   | ひとり親           | 前期高齢 ( 割負担) | 後期高齢 ( 割負担) |      |    |    |  |
| 保険者番号  | 記号                       |      | 番号   |      | 公費負担番号 (老人保健含) |             |             |      |    |    |  |
|        |                          |      |      |      |                |             |             |      |    |    |  |
| 送迎サービス | 希望しない ・ 希望する ( 行き ・ 帰り ) |      |      |      |                |             |             |      |    |    |  |

|     |   |   |         |   |   |             |
|-----|---|---|---------|---|---|-------------|
| 予約日 | 年 | 月 | 日 ( 曜日) | 時 | 分 | 画像提供方法      |
|     |   |   |         |   |   | CDでの提供となります |

|      |    |   |    |                                 |     |   |     |   |
|------|----|---|----|---------------------------------|-----|---|-----|---|
| 撮影区分 | 単純 | ・ | 造影 | 造影検査の際は3か月以内の腎機能データを右欄にご記入ください。 | 検査日 | 年 | 月   | 日 |
|      |    |   |    | 数値                              | BUN |   | Cre |   |

|                      |        |         |     |     |       |        |        |
|----------------------|--------|---------|-----|-----|-------|--------|--------|
| 検査部位 1カ所を選び○で囲んでください |        |         |     |     |       |        |        |
| 頭部                   | 頸部     | 胸部      | 上腹部 | 骨盤部 | 頸部～胸部 | 頸部～上腹部 | 頸部～骨盤部 |
| 胸部～上腹部               | 胸部～骨盤部 | 上腹部～骨盤部 | 上肢  | 下肢  | 脊椎    |        |        |

診断名

検査目的

|         |       |  |
|---------|-------|--|
| 紹介元医療機関 | 主治医氏名 |  |
|         | TEL   |  |
|         | FAX   |  |

- 注意事項**
- 造影CT検査は、ビグアナイド系糖尿病薬の内服を検査前後48時間中止してください。
  - 検査当日、腹部領域・造影検査の場合は検査前4時間は絶食です。水やお茶などの飲水可。
  - 来院された患者様に問診した後、検査内容の同意書に署名をいただき、検査を実施します。
  - 検査後、会計を済ませてお帰りいただきます。