

C T 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					
患者氏名			女	年	年 月 日					
				月	大・平					
				日	TEL - -					
住所										
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(休止中) 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	<small>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。</small>	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

年 月 日に検査説明しました。 (主治医氏名)
 (説明医ご署名)

単純CT検査実施についての説明、または別紙、検査説明に対して理解したうえご署名をお願いします。
検査を受けることに同意します。 (ご署名)

紹介元医療機関	TEL
	FAX

- 検査当日の注意事項**
- 検査当日、腹部領域の検査は検査前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。