

名古屋市立大学医学部附属 **みどり市民病院**
造影 CT 検査予約申込票

(共同利用)

地域医療連携センター行



052-892-1315



052-892-1334

申込み受付時間

平日 8:45~17:00

土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	
所在地	〒
担当医	
電話番号	- -
FAX 番号	- -

注意点

- 当院休診日前日は検査をお受けできません。
- 就学前のお子様の申込はお受けできません。
- 緊急に検査が必要な場合は、各診療科外来をご受診ください。
- 胆道疾患を疑う場合は、昼食の絶食をお願いします。
- 撮影範囲に除細動器本体が含まれる場合は、撮影範囲を調整させていただくことがあります。
- ジーラスタ ボディポッド、グルコースモニタシステム、インスリンポンプを装着している状態では、検査をお受けできません。
- 造影 CT を依頼される場合、3 か月以内の血液検査結果が必要になります。

1. 検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤部
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部
*診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部
	<input type="checkbox"/> 上腹部	※心臓 CT は撮影不可となります
結果の提供方法	*5～7 日程度で読影レポートと結果画像(CD-R)を申込み医療機関へ郵送します。	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 結果画像の送付は不要
3. 予約票と一緒に「CT 検査および被ばくに関する説明書」および「造影 CT 検査説明書および同意書」を FAX します。患者さまへご説明いただき、お渡してください。		

希望日時	第 1 希望	令和 年 月 日 午後	造影 CT 検査は午後のみとなります 予約の空き状況により希望に添えない場合がございます あらかじめご了承ください
	第 2 希望	令和 年 月 日 午後	

※金曜及び祝前日の造影 CT 検査は対応しておりません。

フリガナ 患者氏名		男 女	生年 月日	大 昭 年 月 日 平 令 (歳)
住所	〒 -	TEL	*日中に連絡がつく番号をご記入ください 自宅 - - 携帯 - -	
受診状況	貴院には	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	(貴院 ID;)
	当院には	<input type="checkbox"/> 受診歴あり (当院 ID;) <input type="checkbox"/> 受診歴なし		