

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院

単純 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

- 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、午前検査の方は朝食、午後検査の方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。

1. 検査部位 *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。	☐ 副鼻腔	☐ 胸部～上腹部	☐ 股関節
	☐ 歯科 *横断像のみ	☐ 胸部～骨盤部	☐ 膝関節 (右・左・両)
	☐ 頸部	☐ 頸椎	☐ 足関節 (右・左・両)
	☐ 胸部	☐ 胸椎	☐ 足趾 (右・左・両)
	☐ 低線量胸部(肺)	☐ 腰椎	☐ 肘関節 (右・左)
☐ 頭部(脳)	☐ 上腹部	☐ 手関節 (右・左)	☐ 手 (右・左)
☐ 上腹部～骨盤部	☐ 肩関節 (右・左)		
2. 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。		☐ CD-R ☐ 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」を FAX します。患者さまへご説明いただき、お渡ししてください。			

希望日時	第 1 希望	令和 年 月 日 午前・午後	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 午前・午後	

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	☐ 通院中 ☐ 入院中	(貴院 ID;)	
	当院には	☐ 受診歴あり (当院 ID;) ☐ 受診歴なし		