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 FAX 052-892-1315 TEL 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

- 単純検査のみ実施します。（造影検査は実施いたしません）
- 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、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。

☐ 頭部（脳）
☐ 内・中耳（側頭骨）
☐ 副鼻腔
☐ 歯科 ＊横断像のみ
☐ 頸部
☐ 胸部
☐ 低線量胸部（肺）
☐ 上腹部
☐ 腹部～骨盤部（上下腹部）
☐ 胸部～上腹部
☐ 胸部～骨盤部（胸～下腹部）
☐ 頸椎
☐ 胸椎
☐ 腰椎
☐ 肩関節（右・左）
☐ 股関節
☐ 膝関節（右・左・両）
☐ 足関節（右・左・両）
☐ 足趾　（右・左・両）
☐ 肘関節（右・左）
☐ 手関節（右・左）
☐ 手　　（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
	第 2 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

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	