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 ＊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 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 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) ※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。	☐ 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」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、お渡ししてください。		

希望日時	第 1 希望	令和　　年　　月　　日　　午後
	第 2 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

※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	☐ 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	