

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

- 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。

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。	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 股関節
	<input type="checkbox"/> 歯科 *横断像のみ	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左・両)
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 足趾 (右・左・両)
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左)	
<input type="checkbox"/> 低線量胸部(肺)	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)	
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 手 (右・左)	
<input type="checkbox"/> 頭部(脳)	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤部		
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。		<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」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 平 令	年 月 日 (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	