

CT検査申込書 (FAX専用)

依頼元医療機関
担当医お名前
住 所 〒
電話番号 FAX 番号

◆ 患者情報を記入してください。

患者氏名 (フリガナ): _____ (_____) (男・女)

生年月日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号: _____ (_____)

当院の診察券番号: _____ (お持ちの方のみ)

参考資料 (X線写真、CTフィルムなど): 有 ・ 無 (有の場合は患者様にお渡してください。)

疾患名: _____

主 訴: _____

検査目的・臨床情報: _____

◆ [検査部位] 部位は1箇所のみ○をお願いします。

頭部 (脳・後頭蓋窩・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・側頭骨)
頸部 (聴器・顎関節・咽頭・耳下腺) 胸部 (心大血管・縦隔・肺)
腹部 (肝胆膵・腎臓・大動脈) 骨盤 (骨盤)
脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) 四肢 (上肢・下肢)
関節・その他 (_____)

◆ チェックリスト: 患者様の安全を守るため、必ず以下の項目に記入をお願いします。

- ・ 検査の間じっとしていられますか? はい ・ いいえ (「いいえ」の場合、検査できません。)
- ・ 造影剤は必要ですか? はい ・ いいえ (「はい」の場合、検査できません。)

< 注意 > この項目がある場合は検査できない場合があります。

妊娠初期・妊娠の可能性 (有・無)

- ◆ 検査終了後の画像につきましては、CDでのお渡しとなります。フィルムでの画像をご希望の場合は、検査予約時にお申し出くださるようお願いします。