

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

济生会横浜市南部病院 単純CT検査申込書・紹介状

_____ 様 予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、南部病院地域医療連携室あてにFAXでご返送ください。
(FAX 045-832-8340)

紹介医療
機関の名称

医師名

〒(-)
住所

電話 - -
FAX - -

フリガナ		性別	生年月日
患者様 氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 年 月 日
住所	〒(-)	電話	- -

当院受診歴 (有 ・ 無)

患者ID -

依頼検査 CT

検査部位 頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 四肢

(検査部位のチェックは原則として1部位とします。ただし、連続する部位であれば2部位までチェックできます。)

この検査で知りたい画像情報や臨床診断名及び検査目的等 具体的に記載してください。

画像の受け取り方法についていずれか一方の媒体を選択し、口内にシ印をお願いします。

- CD-R (DICOM Viewer付) (検査当日、患者さまにお渡しします。返却不要です。)
- フィルム

※ 次の項目に該当する方はCT検査の申込みはできません

●妊娠中または妊娠している可能性のある方 無 有

※ 次の項目に該当する方は装着したまま検査はできません

●インスリンポンプ、持続血糖測定器の装着 無 有 → 共同利用検査はお受けできません
各診療科へご紹介ください