

CT検査依頼書

年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女) 様	依頼 医療機関名
生年月日	明・大・昭 平・()・西暦 年 月 日	住所
検査希望日	<input type="checkbox"/> 直近の検査可能日の対応 <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日(時 分) <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日(時 分)	電話番号
当院の受診歴 (有・無・不明)		FAX番号
*有の場合 年 月(頃)		医師氏名
CT検査歴 (有・無・不明)		患者の状態: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 搬送車
*有の場合 年 月 日(頃)		H B 抗原: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明
検査方法		H C V 抗体: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		T P H A: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 単純 + 造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック造影		M R S A: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明
検査部位		T B: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(G 号) <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他()		----- 以下は造影検査の場合のみ -----
<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 椎体()		直近のクレアチニン値 ()mg/dl
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 大動脈 (胸・腹)		クレアチニン1.5以上は造影検査は不可
<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵・腎)		気管支喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 四肢()		造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
傷病名:		薬・食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
臨床診断: 主症状、主検査所見		甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
		上記設問に「有」の場合、副作用発現リスクが高いことを理解したうえで診断に必要な検査と考え依頼する 依頼医師署名 ()
		ビグアナイド系糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

検査申込手順

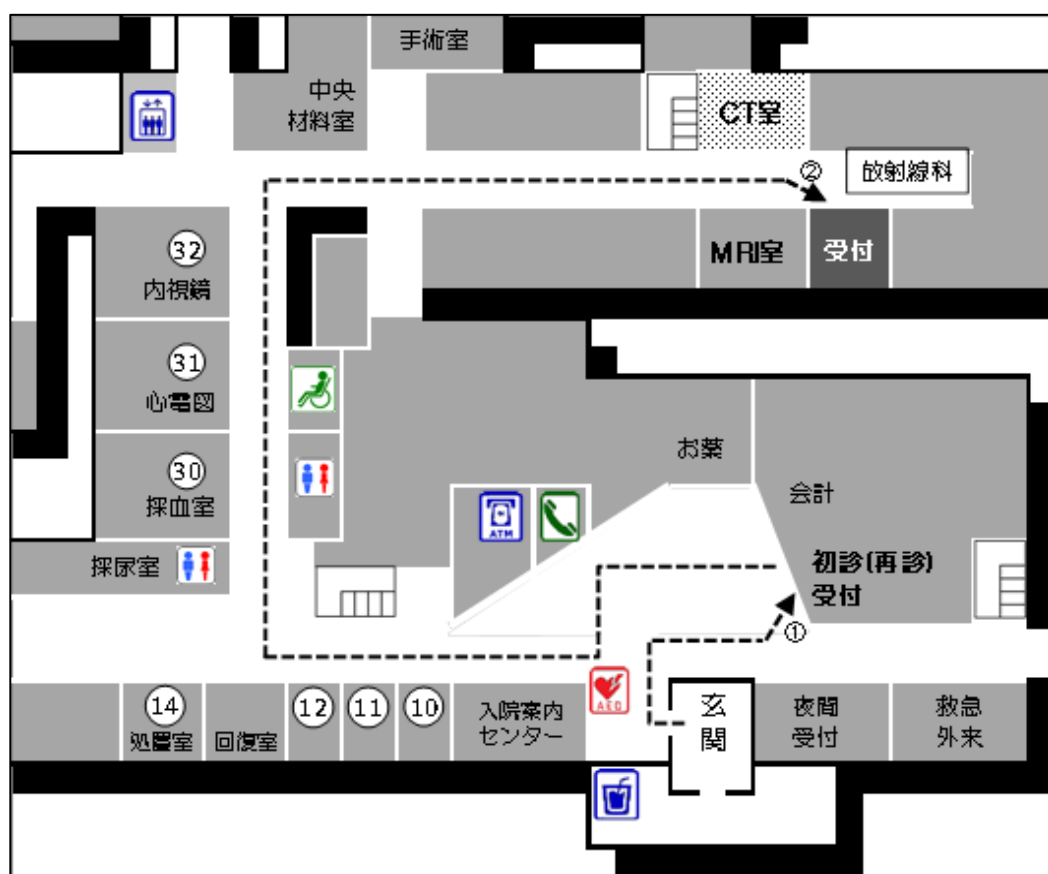
1. この依頼書をFAXで送信して下さい(電話でも結構です)
2. 当院で検査日を調整し、検査日の連絡をいたします(予約票をFAXいたします)
3. 患者様が来院されます時は、「CT検査依頼書」「予約票」「健康保険証」を初診受付へご持参下さ

国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)
住所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1
電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785

CT検査を受けられる方へ

- ・ 当日は予約時間の20分前までに、初診受付にお越しください
- ・ 検査予約時間に遅れますと、検査できない場合もあります
- ・ 最初に、「CT検査依頼書」「予約票」「健康保険証」を初診受付にお渡しください
- ・ 腹部の検査の方は、検査当日(朝食、昼食)をとらないでください
- ・ 都合で検査を受けられなくなった場合、地域医療連携室まで早めにご連絡下さい



お問い合わせ先	国立病院機構神奈川病院 放射線科 電話番号 0463-81-1771(内線3116)
予約変更の連絡先	国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室 電話番号 0463-81-1784