

FAX : 0463 - 81 - 1785

CT検査依頼書

年 月 日

ふりがな 患者氏名 生年月日 検査希望日	男・女 様 年 月 日 □ 直近の検査可能日の対応 □ 第一希望 月 日(時 分) □ 第二希望 月 日(時 分)	依頼 医療機関名 住所 電話番号 FAX番号 医師氏名
検査方法	□ 単純	患者の状態 : □歩行 □車椅子 □搬送車 HB抗原 : □陰性 □陽性 □不明 HCV抗体 : □陰性 □陽性 □不明 TPHA : □陰性 □陽性 □不明 MRSA : □陰性 □陽性 □不明 TB : □陰性 □陽性(G 号) □不明
検査部位	□ 頭部 □ 側頭骨 □ 副鼻腔 □ 頸部 □ 胸部 □ 上肢 () □ 上腹部 □ 下肢 () □ 骨盤腔 □ その他 ()	● <u>植込み型除細動器 (ICD・CRT-D)</u> □無 □有 ☑有の場合、本体部分は撮影いたしません
傷病名		● <u>インスリンポンプ・持続血糖モニタ</u> □無 □有 ☑有の場合、外して検査させていただきます
臨床診断 主症状、主検査所見		

※ 16時以降、土・日・祝日・GW・年末年始の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 (電話でも構いません)
- 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 来院する際は、「CT検査依頼書」「予約票」「健康保険証(マイナンバーカード)」を
①初診受付へお持ち頂きます様、患者様にご案内ください

独立行政法人 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 (祝日・GW・年末年始を除く)
住所 : 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1
TEL : 0463-81-1784
FAX : 0463-81-1785