

CT検査申込書(FAX予約用)

フリガナ

患者氏名

男・女

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

住 所

TEL

①検査部位 *該当する検査部位1つにチェックを入れて下さい。

- ☐ 頭部(脳) ☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 肩(R・L) ☐ 大腿(R・L) ☐ DIC-CT
☐ 眼窩 ☐ 胸部 ☐ 胸椎 ☐ 上腕(R・L) ☐ 膝(R・L) ☐ 歯科用インプラント
☐ 副鼻腔 ☐ 上腹部 ☐ 腰椎 ☐ 肘(R・L) ☐ 下腿(R・L)
☐ 中耳(内耳) ☐ 下腹部 ☐ 骨盤骨 ☐ 前腕(R・L) ☐ 足関節(R・L)
☐ 鼻骨 ☐ 上下腹部 ☐ 股関節 ☐ 手関節(R・L) ☐ 足部(R・L)
☐ 手指(R・L) ☐ 下肢(R・L)

☐ 単純☐ 単純＋造影 (造影剤同意書・問診票を必ずご記入下さい。)

(様式3・様式4)

②検査目的

ICD(埋込型除細動器)の有・無	有・無	都合の悪い日	
ペースメーカーの有・無	有・無		
ペースメーカー機種 :	CT禁忌 : 日本外トロニック InSync8040、Theraシリーズ		
血糖値モニタリングシステムの有・無	有・無		
検査後の診察 必 要	※検査後の診察をご希望される場合のみ、必要に○をしてください。		
()科	なお、診察当日に診療情報提供書のご持参をお願いします。		

③撮影条件・範囲、画像の再構成など詳細な指示がある場合はご記入下さい。

※ペースメーカー、ICD有でのご依頼の場合は、ご紹介頂いた先生の責任のもと検査実施となりますことを了承ください。

医療機関名

紹介医

住 所

TEL

FAX

[三田市民病院記入欄]

患者ID

放・脳・()

科

先生

予約日時

月

日 ()

:

三田市民病院 総合支援センター

TEL (079)565-8607 FAX (079)565-8015