

CT検査予約表 (FAX用)

社会医療法人 緑社会 金田病院

撮影日時	令和 年 月 日 時 分 頃											
紹介医	病院 医院						科・Dr					
フリガナ												
患者氏名	殿											男・女
生年月日	M. T. S. H. R			年			月			日		
電話	自宅 局 — (連絡先) 局 — 装置の故障・修理等により撮像できない場合連絡させていただきますのでご記入ください。											
保険証	保険者						記号・番号					
	公費						公費					
	番号						番号					
撮影部位	頭部・頸部				胸部				腹部			
○印をお付け下さい。	頭部 副鼻腔 頸部 甲状腺				胸部				肝臓～腎臓 肝臓～骨盤腔 骨盤腔			
その他 部位(ご相談ください)												
造影の有無	※喘息を含めたアレルギー歴・重篤な腎障害など、造影剤添付文書に記載の「禁忌」「原則禁忌」に該当する場合は、造影検査を施行できない事がありますので、ご了承ください。 無 ・ 有 (下記の造影方法を選択して下さい。) <input type="checkbox"/> 静注法 (通常の造影法) <input type="checkbox"/> ダイナミック法 (上腹部を動脈相、門脈相、平衡相で3回撮影) ※ 基本的に造影ありの場合、単純+造影になります。 前回単純のみで今回は造影だけでよい場合は下記の欄にご記入下さい。											
連絡事項												

※ 恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

FAX番号 0867-52-1917

2021.11.1改定