

名古屋掖済会病院  
FAX 検査予約連絡票  
診療情報提供書 **CT単純**

所在地  
医療機関名  
医師氏名  
T E L  
F A X

記載日 年 月 日

|          |    |              |
|----------|----|--------------|
| フリガナ     | 旧姓 | 生年月日 大・昭・平・令 |
| 氏名 (男・女) |    | 年 月 日 ( 歳)   |
| 〒        |    | 固定電話 ( ) -   |
| 住所       |    | 携帯電話 ( ) -   |

検査希望日時

|                                |                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第1希望  | 年 月 日 AM・PM・どちらでも                         |
| <input type="checkbox"/> 第2希望  | 年 月 日 AM・PM・どちらでも                         |
| <input type="checkbox"/> 第3希望  | 年 月 日 AM・PM・どちらでも                         |
| <input type="checkbox"/> 希望日なし | <input type="checkbox"/> 曜日のみ希望 月・火・水・木・金 |

確認事項・注意事項

1: ペースメーカー  
☐ あり ☐ なし

2: ICD/CRT-D  
☐ あり ☐ なし  
▼  
検査出来ない場合がございます。

検査項目・確認事項

CT単純 検査部位

頭 / 顔

- ☐ 頭部  
☐ 顔面  
☐ 副鼻腔  
☐ 頸部

脊椎

- ☐ 頸椎  
☐ 胸椎  
☐ 腰椎  
☐ 仙尾骨

体幹

- ☐ 胸部  
☐ 肺～骨盤  
☐ 腹部(肝～腎下部)  
☐ 腹部～骨盤  
☐ 骨盤(腸骨稜～肛門)

☐ 上肢(左・右)

- ☐ 肩関節 ☐ 上腕  
☐ 肘関節 ☐ 前腕  
☐ 手関節 ☐ 手部

☐ 下肢(左・右)

- ☐ 股関節 ☐ 大腿  
☐ 膝関節 ☐ 下腿骨  
☐ 足関節 ☐ 足部

☐ 大動脈

- ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 大腿部 ☐ 下腿部

診断名・症状・治療経過など

- ☐ 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

※ FAX 検査予約連絡票(こちらの紙)を検査の2営業日前までに FAX 送信下さい。  
※ 予約受付後「検査予約票」「予約票」「CT 検査を受けられる方へ」の3枚を FAX いたしますので、患者様にお渡しください。  
※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター  
TEL:052-652-7954

FAX:052-652-7953