

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

☐ 第1希望	年 月 日 AM・PM・どちらでも
☐ 第2希望	年 月 日 AM・PM・どちらでも
☐ 第3希望	年 月 日 AM・PM・どちらでも
☐ 希望日なし	☐ 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