

ご紹介単純 CT 検査の書類と手順について

高梁中央病院

書類一式

- ① ご紹介単純 CT 検査の書類と手順について
- ② 高梁中央病院 CT・MRI 検査・患者情報提供書 (FAX 用)
患者様情報・紹介元施設情報等ご記入後、FAX をお願い致します。
- ③ CT 検査依頼書
患者情報・検査内容等ご記入お願い致します。
- ④ CT 検査予約表
CT 検査前注意事項等の説明用 (患者様用) にお使いください。

ご持参いただくもの

- 紹介状
- 保険証
- ③CT 検査依頼書

手順

放射線科へ電話にて予約取得 TEL (0866) 22 - 3636 放射線科内線 1530
↓
高梁中央病院受付へ②を FAX FAX (0866) 22 - 0536
↓
検査当日
必要書類 (紹介状、保険証、③など) 持参の上、来院受付
↓
診察、検査
↓
画像データ (CD-R) お渡し、会計
↓
後日所見郵送

※頭部 CT・MRI 検査は、所見の関係で画像検査のみの受付はしておりません。当院、脳神経外科に直接ご紹介ください。何かご質問等ございましたらご連絡ください。
お手数かと思いますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

高梁中央病院 CT・MRI 検査・患者情報提供書(FAX用)

患者様情報記入欄

フリガナ 氏名	

生年月日	性別
T・S・H・R 年 月 日	男・女

電話番号(自宅)	
TEL _____	

紹介元医療機関名

ご担当医師名

検査日時
年 月 日 ()
AM・PM 時 分 から
検査区分
CT MRI

医療法人 清梁会 高梁中央病院
〒716-0033 岡山県高梁市南町53番地
TEL(0866) 22 - 3636
FAX(0866) 22 - 0536

よろしければ保険情報の提供もお願い致します
※個人情報の取り扱いにはご注意ください

CT 検査依頼書

氏名： _____ (M・F)

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

検査日時

令和 年 月 日 午前・午後 時 分

検査部位

- 顔面部 (眼窩・副鼻腔)
- 頸部
- 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)
- 胸部
- 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎)
- 骨盤腔
- 四肢 ()
- その他 ()

単純・造影

目的 (なるべく詳しくお願いいたします)

※検査終了後 CD-R をお渡しします。

フィルム

(フィルムが必要な場合チェックを入れて下さい)

紹介元医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 先生

所在地 _____ 電話番号 _____

CT検査予約表

様

あなたの検査は

年 月 日 曜日

午前・午後 時 分 からです。

※ 検査30分前には、受付をすませて下さい。

検査名	注意事項
腹部単純CT 造影CT	<ul style="list-style-type: none"> * 検査2時間前(時以降)は絶食してください。 * 検査前の食事(朝食・昼食)は軽めにしてください。 * 検査前後ともに水分(水またはお茶のみ)は十分に摂ってください。
胸部単純CT 頭部単純CT その他CT	<ul style="list-style-type: none"> * 食事制限・水分制限ともにありません。 * 水分は水またはお茶のみにしてください。

検査の内容等で予約時間が前後することがあります。

あらかじめご了承ください。

ご不明な点や予約日時の都合が悪くなった時、予約時間に遅れる場合には下記までご連絡ください。

医療法人 清梁会 高梁中央病院 放射線科

TEL:(0866)22-3636 内線:1530

(月曜～土曜 午前8時～午後5時)