

CT検査申込書 (兼 検査終了報告書)

申込先医療機関名

独立行政法人 国立病院機構 新潟病院

Aquilion Prime SP キヤノンメディカルシステムズ株式会社

検査依頼元医療機関名

依頼元医師名

患者様基本情報

(新潟病院患者ID :)

フリガナ		性別	生年 月日	年号 年 月 日 (歳)
氏名				
住所	〒		電話	() -

検査予約日時	年	月	日 (曜日)	時	分
---------------	---	---	---------	---	---

●希望検査項目 (希望する項目にチェックをつけてください)

頭頸部

- 頭部
- 頭部一骨盤
- 頸部
- 頸胸部
- 頸部一骨盤
- 眼窩
- 副鼻腔

胸部

- 胸部
- 胸腹部
- 胸部一骨盤

腹部

- 腹部一骨盤
- 腹部一骨盤
- 骨盤腔

椎体

- 頸椎
- 胸椎
- 腰椎
- 仙尾椎
- 全脊椎

上肢

- 上肢

下肢

- 下肢

関節

- 右 () 関節
- 左 () 関節

臨床診断・検査目的等 (大きくはっきりと記載願います)

体重 () kg

読影希望 あり なし 至急読影 あり なし

依頼された場合は読影後結果を後日郵送致します

★患者様に関する事前チェック表 (該当する方にチェック)

- 心臓ペースメーカー・人工弁 あり なし
- 妊娠中又は妊娠可能性 あり なし
- 感染症 あり なし
- 感染症 ()

検査終了報告
※新潟病院記載欄

※上記にかかる検査を実施致しました。実施年月日: 年 月 日

NHO新潟病院地域医療連携相談室

*画像CD-Rは当院での検査後、患者様にお渡し致します。(場合によっては後日貴院宛てに郵送致します)

*造影剤使用による撮影をご希望の場合は当院での診察が必要となります。受診手続きをしてください。

独立行政法人 国立病院機構新潟病院 地域医療連携相談室

〒945-8585 新潟県柏崎市赤坂町3-52 電話 0257-22-2171 (地域医療連携相談室直通) FAX 0257-22-2314