



|                                                                               |                                                      |                                                        |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 貴院カルテ番号<br>フリガナ<br>氏名<br>生年月日<br>大正・昭和・平成・令和<br>性別<br>男・女<br>年齢<br>才<br>年 月 日 |                                                      | 当院患者 ID<br>紹介元医療機関の所在地及び名称<br>TEL<br>ご担当医師名 印          |                                           |
| 住所<br>連絡先（日中連絡がとれる番号）<br>TEL 携帯・自宅・勤務先                                        |                                                      | 予約日時<br>年 月 日<br>時 分 より                                |                                           |
| 検査モダリティ                                                                       |                                                      | 上記時間の 30 分前に来院するように伝えてください。                            |                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> C T                                       | 予約・問い合わせ<br>電話番号 03-3881-7711<br>FAX 番号 03-3879-8753 | <input type="checkbox"/> 画像のみ<br>患者様渡し<br>(当日) 結果は後日郵送 | <input type="checkbox"/> 結果と一緒に郵送<br>(後日) |

|    |    |
|----|----|
| 体重 | kg |
|----|----|

| 撮影検査部位                                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 頸部                                                                  | <input type="checkbox"/> 胸部                                                                  | <input type="checkbox"/> 腹部                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 骨盤部                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> ルーチン<br><input type="checkbox"/> 副鼻腔<br><input type="checkbox"/> 内耳道<br><input type="checkbox"/> 眼窩<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ルーチン<br><input type="checkbox"/> 甲状腺<br><input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> ルーチン<br><input type="checkbox"/> 肺野・縦隔<br><input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> ルーチン<br><input type="checkbox"/> 肝臓/胆のう<br><input type="checkbox"/> 脾臓<br><input type="checkbox"/> 腎臓/副腎<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ルーチン<br><input type="checkbox"/> 前立腺<br><input type="checkbox"/> 膀胱<br><input type="checkbox"/> 子宮/卵巣<br><input type="checkbox"/> 精巢 |  |
|                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> その他（                      ）                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> CT 追加オプション                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 整形部位                                                                | <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両             |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> 頚椎<br><input type="checkbox"/> 胸椎<br><input type="checkbox"/> 腰椎                                                                | <input type="checkbox"/> 肩関節<br><input type="checkbox"/> 肘関節<br><input type="checkbox"/> 手関節 | <input type="checkbox"/> 股関節<br><input type="checkbox"/> 膝関節<br><input type="checkbox"/> 足関節 |                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 3D<br><input type="checkbox"/> MPR<br><input type="checkbox"/> その他                                                                   |  |

| 疾病名                                               |
|---------------------------------------------------|
| 紹介目的・既往歴及び・病状経過及び検査結果など詳しくご記入くださいますよう、宜しくお願い致します。 |

|                       |     |                   |
|-----------------------|-----|-------------------|
| 下記項目のチェックを宜しくお願い致します。 |     |                   |
| ・妊娠または妊娠初期（16 週以内）    | 有・無 | 有の場合、当院では検査できません。 |

|                                              |                                                      |                                                           |                                           |  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|
| 貴院カルテ番号<br>フリガナ<br>氏名<br>生年月日<br>大正・昭和・平成・令和 |                                                      | 性別<br>男・女<br>年齢<br>才<br>年 月 日                             | 紹介元医療機関の所在地及び名称<br>TEL<br>ご担当医師名 ㊞        |  |
| 住所                                           |                                                      | 予約日時<br>年 月 日<br>時 分 より                                   |                                           |  |
| 連絡先（日中連絡がとれる番号）<br>TEL 携帯・自宅・勤務先             |                                                      | 上記時間の 30 分前に来院するように伝えてください。                               |                                           |  |
| 検査モダリティー                                     |                                                      | 画像提供                                                      |                                           |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> C T      | 予約・問い合わせ<br>電話番号 03-3881-7711<br>FAX 番号 03-3879-8753 | <input type="checkbox"/> 画像のみ<br>患者様渡し<br>結果は後日郵送<br>(当日) | <input type="checkbox"/> 結果と一緒に郵送<br>(後日) |  |
| 体<br>重                                       | kg                                                   |                                                           |                                           |  |

|                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注意事項                                                                                                                                         |
| ① 検査着への着替えなどで時間がかかります。予約時間の 30 分前には受付を済ませてください。<br>② 保険証と検査依頼表(本用紙)を持参してください。<br>③ 生活保護の方は医療券をお持ちください。<br>④ 毎日服用している薬がある方は、いつもの時間に飲んでかまいません。 |

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 飲食の制限                                                                                  |
| ① 腹部の検査を受ける方 検査6時間前から食事はとらないでください。<br>※上記検査を受けられる方で、検査前の多少の水やお茶の含飲は構いませんが、なるべくお控えください。 |

|                                                                                                              |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査当日の所要時間は、おおよそ<br>1 時間を目安にしてください。<br>(診療の都合で多少お待たせする<br>場合もございます)<br><br>ご不明な点等、何かありましたら<br>お気軽にお問い合わせください。 | <p>①北千住駅西口から降り、きたろーど1010を直進<br/>②国道4号線（信号：北千住駅入り口）を渡って右折<br/>③100m進んで左折（千住寿町の交差点の手前）</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|