

医療法人太平洋記念みなみ病院 CT装置共同利用申込書 兼 照射録

FAX : 0154-46-3583 TEL : 0154-46-3162 受付時間 : 10時00分 ~ 16時00分

紹介元医療機関 様

令和 年 月 日

医療機関名		電話番号	
診療科		FAX番号	
ご担当医		送信担当者名	

患者情報 記載欄

フリガナ		住所 〒	—	
患者氏名				
生年月日	年 月 日	電話番号	—	—

検査日	年 月 日	曜日	時 分
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
臨床診断名			
主 訴 臨床症状等			

以下の方は共同利用ではお受けできません。

- ・ 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方
 - ・ 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を使用している方
- ※ 造影剤を使用する検査はアレルギー等が考えられますので、共同利用は受付できません。
造影検査が必要な場合は紹介患者としてご紹介ください。
- ※ 新型コロナウイルス感染症の可能性のある方（風邪症状のある方）は事前にお知らせください。

検査内容 記載欄	(希望部位に☑をお願いします)	
依頼医師	(依頼元病院先生をご記入下さい)	
<input type="checkbox"/> 頭部CT	<input type="checkbox"/> 骨盤腔CT	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔CT	<input type="checkbox"/> 胸部~骨盤腔CT	
<input type="checkbox"/> 頸部CT	<input type="checkbox"/> 四肢CT	
<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> その他CT (CT)	
<input type="checkbox"/> 腹部CT	※撮影条件等についてはみなみ病院の撮影条件を適用させていただきます。 <small>撮影条件</small>	
	kVp	mAs

検査データ	<input type="checkbox"/> 患者様にお預けする(基本はこちら)	<input type="checkbox"/> 郵送(平日2~3日後に到着します)
-------	--	--

※当院医師による画像診断はおこなってありません。

その他必要事項記載欄

--