

FAX送付票

検査依頼書 (X線CT)

社会医療法人 寿人会 木村病院
入退院支援・地域連携部

FAX : 0778-51-0624

TEL : 0778-51-6171

申込日：西暦 年 月 日

紹介元

医療機関		医師氏名		Ⓔ
------	--	------	--	---

患者基本情報

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年	月 日 (歳)
住所	〒 -				
TEL	- -				

※木村病院 記入欄 (ご記入不要です)

木村病院 受診歴： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 不明	木村病院 ID：
---	----------

X線CT 依頼内容

検査予約日時	西暦 年 月 日 時 分
◎妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上～下腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部のみ <input type="checkbox"/> 下腹部のみ <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> その他：
画像データ	<input type="checkbox"/> [検査当日] 患者さまへお渡し ・ <input type="checkbox"/> [後日] 貴院へ郵送
読影レポート	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない

連絡事項

症状経過・検査結果
連絡事項

検査のご案内（X線CT）

社会医療法人 寿人会 木村病院

▼検査日時

西暦 年 月 日 時 分

* 検査当日は、検査時間の10分前までに受付をお済ませください。

▼ご持参いただくもの

検査のご案内・検査依頼書

* 受付時に、ご提出ください。

検査について

- ・ X線CT検査は、X線を使って身体の断面を撮影する検査です。
- ・ 検査時間は5～10分ほどになります。
- ・ 検査中は体を動かさないでください。

ご注意

- ・ 検査部位によっては食事を制限させていただく場合がありますので、主治医の指示に従って下さい。
- ・ 当日は着替えていただく場合もございますので、着替えやすい服装でお越しください。
- ・ ヘアピン・イヤリング・ピアス・ネックレス・入れ歯など検査前に外していただく場合があります。
- ・ その他気になることがございましたら、木村病院 放射線科までお気軽にお聞きください。

* 予約変更等のお問合せにつきましては、下記までお願いいたします。

社会医療法人 寿人会 木村病院

入退院支援・地域連携部 **0778-51-6171**