

CT検査申込書兼診療情報提供書

紹介元医療機関名			
郵便番号・住所	〒		
電話・FAX番号	TEL	FAX	
紹介医師名	科		

フリガナ			生年	大・昭・平・令		男・女
患者様氏名	様		月日	年 月 日()歳		女
患者様住所	〒					体重
						Kg
TEL	() -	携帯	() -			
恵佑会 受診履歴	なし		あり(歯科)		あり(医科)	

【予約内容】

※ 同意書は『単純のみ』以外の場合、必ず○でチェックして下さい

検査日	年 月 日 午前・午後 時 分	※ お電話にて決定された 日時を記入願います
撮影範囲	☐ 頭部 ☐ 顔面 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 腹部全体	
画像間隔等	画像間隔はすべて5mmになります	
撮影方法	☐ 単純のみ ☐ 造影のみ ☐ 単純+造影 ☐ 造影早期+門脈相+平衡相	
腎機能チェック	eGFR ml/min/1.73m ² または 血清クレアチニン値 mg/dl ※造影の場合は必ず数値の記入をお願いします。単純の場合は記入の必要はありません。	
その他指示	☐ 同意書 ☐ 済 ☐ 以前に済	
病名		
主訴・検査目的		

【画像出力】

選択

フィルム

CD-R

NET配信

- ※ NET配信は恵佑会と提携している必要があります。詳しくはホームページ、電話にてお問い合わせください
※ フィルム出力の場合、フィルム代が加算されます。
※ NET配信、CD-RはDICOMビューワー付です。計測、拡大等が可能です。
※ NET配信では当日。他の出力は翌日の郵送となります。

恵佑会札幌病院使用欄
(記入する必要はありません)

ID番号

(点線以下の部分を切り離してお使いください)

恵佑会札幌病院からのご連絡

様 生年月日 年 月 日

下記の日時にCT検査のご予約を承りました。
受診の際にはこの用紙を受付にご掲示ください。
検査当日は予約時間30分前には受付を済ませるようにお願い致します。

医科CT

CT検査予約: 西暦 年 月 日 午前・午後 時 分



社会医療法人

恵佑会札幌病院

地域医療連携室

011-863-8800

札幌市白石区本通14丁目北1-1