

CT検査申込書(兼診療情報提供書)

※ 診療情報提供書・共通受診申込書は不要です。

(申込先) 函館五稜郭病院 放射線診断・IVR科

(前方連携直通) TEL 0138-51-5699 FAX 0120-515-698

医療機関名	
医師名	先生
TEL	()
FAX	()

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓:)	男・女	大・昭・平・令 年 月 日
患者住所	〒 TEL: ()		
保険種類	健保 ・ 労災 ・ 交通事故 ・ 生保 ・ その他 ()	読影結果・CD-R : 後日郵送 ・ 当日持参	
希望検査日	第1希望 年 月 日 午前・午後	第2希望 年 月 日 午前・午後	

■ 病歴・検査目的

■ 検査部位 (○をお付けください)		■ 検査種類 (○をお付けください)
1. 頭部		a. 単純 b. 単純+造影 c. 造影 ※ 造影依頼時は、 別紙CT造影検査問診票も併せて FAX送信お願いいたします。
2. 頸部	(1. 甲状腺 2. その他)	
3. 胸部	(1. 肺 2. 縦隔 3. 胸部大動脈 4. その他)	
4. 腹部	(1. 胆・肝・膵・脾・腎・副腎 2. 腹部大動脈 3. その他)	
5. 骨盤	(1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺 5. その他)	
6. その他		

■ 診療および検査予約について

※ 患者さんの来院日時につきましては、ご予約時にお知らせ致します。

※ 造影検査は午後のみです。

※ 造影検査当日の食事は、消化の良いものであれば召し上がっていただいて構いません。なお、逆に水分は出来るだけお取りください。

※ 単純検査に関しては、飲食制限はありません。

※ CD-Rと読影結果は基本的に後日郵送となっております。当日持参の場合は待ち時間がかかります。あらかじめご了承ください。