

送信先: 泉大津市立周産期小児医療センター 地域医療連携室宛

FAX 0725-32-6961 TEL 0725-20-6922

### CT検査予約申込書

令和 年 月 日 申込

|              |  |     |    |
|--------------|--|-----|----|
| 紹介元<br>医療機関名 |  | 医師名 | 先生 |
| 電話           |  | FAX |    |

|              |             |
|--------------|-------------|
| フリガナ<br>患者氏名 | (男・女)※旧姓    |
| 生年月日         | 生(歳)        |
| 住所           |             |
| 電話番号         |             |
| 受診歴          | (有・無) 患者ID: |

#### CT検査予約内容

|    |                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 部 位                                                                                                                         |
| 単純 | <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中内耳(側頭骨)      |
|    | <input type="checkbox"/> 頸部(咽頭、喉頭、耳下腺、顎下腺、甲状腺)                                                                              |
|    | <input type="checkbox"/> 肺野+縦隔 <input type="checkbox"/> 胸腹部単純(胸～骨盤) <input type="checkbox"/> 全腹部(肝～骨盤)                      |
|    | <input type="checkbox"/> 上腹部(肝、胆、膵、腎) <input type="checkbox"/> 腎～骨盤(膀胱)                                                     |
|    | <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 |
|    | <input type="checkbox"/> 上肢(右・左)⇒肩、上腕、肘、前腕、手関節、手                                                                            |
|    | <input type="checkbox"/> 下肢(右・左)⇒大腿骨、膝、下腿骨、足関節、足                                                                            |
|    | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他( )         |
|    |                                                                                                                             |

#### CT検査予約希望日

|        |                                                                                                                           |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1希望日時 | 年 月 日( ) 午前・午後                                                                                                            |
| 第2希望日時 | 年 月 日( ) 午前・午後                                                                                                            |
| その他日時  | <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 都合が悪い日( 年 月 日 )                                                   |
| 移動手段   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( ) |

備考: 土日祝日・年末年始は、検査予約をお受けできません。

<受付時間> 【平日】 9:00～17:00 【土曜日】 9:00～12:00 祝日、年末年始除く

※受付時間外のFAXにつきましては翌営業日でのお返事となります。