

CT 検査予約依頼票(診療情報提供書)

医療法人社団 三成会

地域医療連携課 TEL(044)322-8113

新百合ヶ丘総合病院

FAX(044)322-0180

放射線科

先生

検査日 年 月 日

依頼日	年 月 日
依頼病医院名	
依頼医師名	
T E L	

新百合ヶ丘総合病院 I D

ふりがな

患者様氏名

様 (男・女)

年 月 日生

〒()

患者様住所

電話番号()-()-() 当院受診歴(有・無)

現病歴及び家族歴

薬物アレルギー 有・無 () ※資料持参(有無) X線フィルム・心電図・検査記録・その他

傷病名

紹介(検査)

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

検査部位	1 頭部 (脳・下垂体・副鼻腔・顔面骨・上顎下顎・聴器)	
	2 頸部 (甲状腺・唾液腺・咽頭・喉頭・リンパ節・他)	
	3 脊椎 (C ~ ・Th ~ ・Ls ~)	
	4 胸部 (肺・縦隔・心臓・大動脈・乳腺)	
	5 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎)	
	6 骨盤腔 (腸・子宮・卵巣・膀胱・前立腺・骨盤骨)	
	7 四肢 (上肢・下肢・肩・肘・手関節・手・股関節・膝・足関節・足)	
	8 C T A (脳・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢)	
	9 その他 (希望事項:	
撮影技師:		

CT 検査予約依頼票 (診療情報提供書)

医療法人社団 三成会
新百合ヶ丘総合病院

地域医療連携課 TEL (044) 322-8113
FAX (044) 322-0180

放射線科 先生

検 査 日 年 月 日

依 頼 日	年 月 日
依頼病医院名	
依頼 医 師 名	
T E L	

新百合ヶ丘総合病院 I D

ふりがな

患者様氏名 様 (男 ・ 女) 年 月 日生
〒 (-)

患者様住所 電話番号 () - () - () 当院受診歴 (有 ・ 無)

現病歴及び家族歴

薬物アレルギー 有 ・ 無 () ※資料持参 (有 無) X線フィルム ・ 心電図 ・ 検査記録 ・ その他

傷 病 名

紹介 (検査)

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

検 査 部 位	1 頭部 (脳・下垂体・副鼻腔・顔面骨・上顎下顎・聴器)	)
	2 頸部 (甲状腺・唾液腺・咽頭・喉頭・リンパ節・他)	)
	3 脊椎 (C ~ ・ Th ~ ・ Ls ~)	)
	4 胸部 (肺・縦隔・心臓・大動脈・乳腺)	)
	5 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎)	)
	6 骨盤腔 (腸・子宮・卵巣・膀胱・前立腺・骨盤骨)	)
	7 四肢 (上肢・下肢・肩・肘・手関節・手・股関節・膝・足関節・足)	)
	8 C T A (脳・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢)	)
	9 その他 (希望事項 :	)

撮 影 技 師 :

CT 検査を受けられる患者様へ

この検査は全身の断層像を撮影し、体の構造や臓器の状態から異常の有無を調べる検査です。

【 注意事項 】

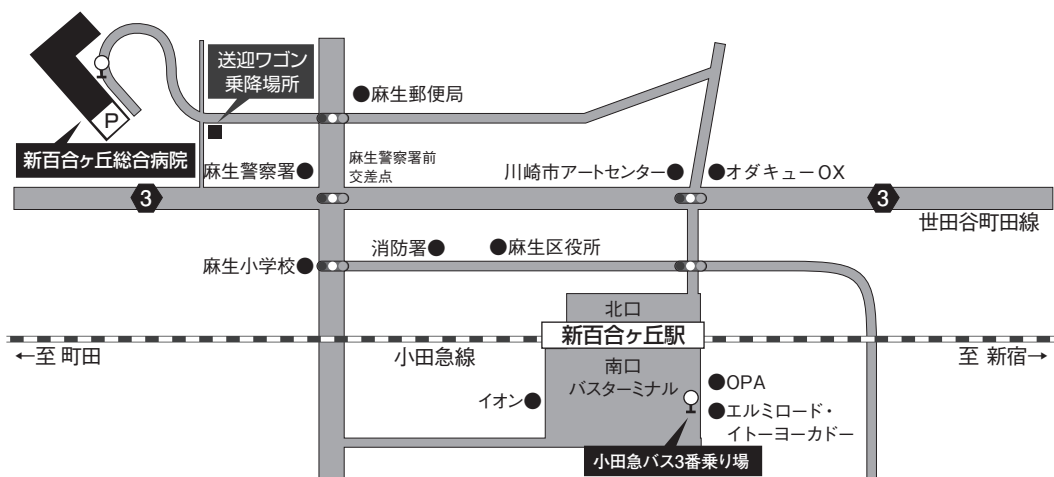
- 万一妊娠前兆がありましたら主治医へ連絡してください。
- 検査部位が腹部～骨盤である患者様は、以下の点にご注意ください。
 - 午前の場合の場合は朝食を摂らないでください。
 - 午後の場合の場合は昼食を摂らないでください。
 - 水分（お茶・水）は摂っていただいて結構です。
- 「持続自己血糖測定器」を装着されている患者様は検査時間までにあらかじめ外していただきますようお願いします。

【 検査手順 】

1. 予約時間の 30 分前までに総合案内へお越しください。
 - ※救急患者様を優先して検査させていただく場合があります。
2. 検査部位により、水を飲んでいただいたり尿を貯めていただいたりすることがあります。
3. 場合により検査着に着替えていただくことがあります。

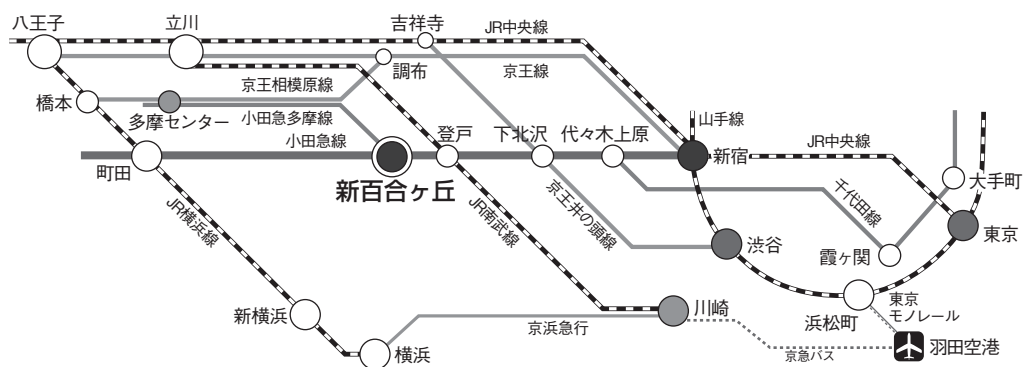
交通アクセス

周辺マップ



- 小田急線「新百合ヶ丘駅」から…徒歩約10分
(病院敷地内 建物までは急な上り坂につき、坂下より無料送迎車あり)
- 新百合ヶ丘駅南口小田急バス3番乗り場から直通バス運行…約5分

アクセス



- ◎新宿から小田急線快速急行利用…約21分
小田急線新宿駅より小田急線快速急行にて「新百合ヶ丘駅」下車