



CT検査申し込み方法

必要なもの

1. CT検査申込書兼診療情報提供書
2. CT検査予約票 (病院への案内図)

1. PETセンターに電話でお申し込みをいただき、検査日を確定します。(検査予約枠の確定)
足りない書類があればここでご請求ください。
検査結果は原則郵送としています。
FAXをご希望の場合はお申し出ください。

検査予約受付時間
月～土の祝日を除く
午前9時～午後5時

検査予約可能時間
月～土の祝日を除く
午前9時～午後4時
予約状況によってご希望に
沿えない場合があります。

TEL: 042-566-3534

2. 『CT検査申込書兼診療情報提供書』へもれなく記入してFAX送信。
『CT検査予約票』にも検査日時を記入しておいてください。
※造影検査の場合、説明書 問診票 同意書を渡し説明の上同意を
いただいでください。

FAX: 042-566-3318

3. 患者さまにお渡しいただくもの

- ① CT検査予約票
- ② CT検査申込書兼診療情報提供書(2枚目)を入れた封筒

※造影検査の場合、同意書の説明医師欄にサインの上、③説明書
④問診票 ⑤同意書をお渡しください。

Aquilion PRIME (TOSHIBA)

当院で導入したMDCT(multidetector CT:多列検出器CT)は、X線を受ける検出器が80列あるため、広い範囲を短い検査時間で高精度に検査することが出来ます。さらに得られたデータからいろいろな断面や血管などの三次元画像(3D画像)を作成し、より高精度の診断に役立てることが出来ます。



武蔵村山病院 CT検査申込書 ご記入の方法

2枚つづり(複写)となっておりますので、ゴム印などで押印をされる場合はご注意ください。

*印はすべてご記入ください。

1枚目 貴院控え 2枚目 患者さまへ

The diagram illustrates the form fields and their corresponding instructions:

- 1、貴院名と医師名をご記入ください
- 2、当院からお伝えした検査日時をご記入ください
- 3、患者さまの氏名・性別・生年月日・連絡先をご記入ください
- 4、傷病名、症状、検査目的などをご記入ください
- 5、撮像部位について□にV(チェック)をお入れください
※()内は必要に応じてご記入ください
- 6、造影の有無について□にV(チェック)をお入れください
※造影検査の場合は同意書(別紙)の説明医師の欄にサインをお願いします

Form fields and instructions:

- 武蔵村山病院 CT検査申込書兼診療情報提供書
- ※印はすべて記入してください
- ※紹介元医療機関名
- ※医師名
- ※検査日 年 月 日 時 分
- ※患者氏名 様 男・女 武蔵村山病院ID
- ※生年月日 年 月 日 年 月 日 時 分 ※患者TEL
- ※撮像部位
□頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □骨盤部 □四肢 ()
□副鼻腔・咽頭 □その他 ()
- ※造影の必要性
□有 □無
- ※傷病名、症状、検査目的、その他処方など
- この用紙を FAX でお送りください。
送り先 武蔵村山病院 画像診断・PETセンター
FAX 042-588-2318

7、記入もれが無い確認していただき、FAXで送信してください。