

診療情報提供書 CT検査 依頼書

A. 検査依頼票（紫雲会 横浜病院 宛）

お申込日 年 月 日

紹介元医療機関名			
主治医			
電話番号		FAX	

フリガナ		性別	身長	cm	体重	kg
氏名		<input type="checkbox"/> 男	住所	〒	-	
		<input type="checkbox"/> 女				
生年月日	年 月 日	歳	電話	(日中連絡のつくところ)		
健康保険の種類	()					

来院時間	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	時	分
		<input type="checkbox"/> 午後		

検査は完全予約制となります。遅刻されますと長時間の待ち時間や日程変更をお願いする事があります。
 来院からの流れ：受付処理・問診ご記入（5～10分）→ 問診確認・着替え（5～10分）→ 検査（10～20分）

臨床診断名		現病歴（症状）・既往症等
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング	

検査部位・指示

<input type="checkbox"/> 1. 頭部	<input type="checkbox"/> 10. 胸腰椎	<input type="checkbox"/> 19. 膝関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
<input type="checkbox"/> 2. 副鼻腔・眼窩部	<input type="checkbox"/> 11. 胸腹部	<input type="checkbox"/> 20. 下肢
<input type="checkbox"/> 3. 側頭骨	<input type="checkbox"/> 12. 腹部	<input type="checkbox"/> 21. 足関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
<input type="checkbox"/> 4. 歯顎	<input type="checkbox"/> 13. 腹部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 22. その他
<input type="checkbox"/> 5. 頸椎	<input type="checkbox"/> 14. 腰椎	詳細
<input type="checkbox"/> 6. 頸部	<input type="checkbox"/> 15. 上肢（骨）	
<input type="checkbox"/> 7. 肩関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	<input type="checkbox"/> 16. 手関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
<input type="checkbox"/> 8. 胸部	<input type="checkbox"/> 17. 骨盤	
<input type="checkbox"/> 9. 肋骨・胸骨	<input type="checkbox"/> 18. 骨盤～下肢	

確認事項	・妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (LM: 月 日から 日間)
	・体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (材質:)
	・アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容:)
	・感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容:)
	・ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、メーカーまたは循環器科医師への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)
	・撮影時の排尿制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、患者様本人への説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)

◆紫雲会 横浜病院記入欄

受付	FAX受	入力	放射線科	受付	検査実施	郵送対応	発送	患者ID
	/	/		/	/		/	ID
	印	印		印	印		印	レターパックシール

依頼元医療機関情報 (送付先)	〒	-	主治医	先生

紫雲会 横浜病院 代表TEL 045-491-2661 FAX 045-491-2661

診療情報提供書 CT検査 依頼書

C. ご依頼元 医療機関（控）

お申込日 年 月 日

紹介元医療機関名			
主治医			
電話番号		FAX	

フリガナ		性別	身長	cm	体重	kg
氏名		<input type="checkbox"/> 男	住所	〒	-	
		<input type="checkbox"/> 女				
生年月日	年 月 日	歳	電話	(日中連絡のつくところ)		
健康保険の種類	()					

来院時間	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	時 分
		<input type="checkbox"/> 午後	

検査は完全予約制となります。 遅刻されますと長時間の待ち時間や日程変更をお願いする事があります。
 来院からの流れ：受付処理・問診ご記入（5～10分）→ 問診確認・着替え（5～10分）→ 検査（10～20分）

臨床診断名		現病歴（症状）・既往症等
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング	

検査部位・指示

<input type="checkbox"/> 1. 頭部	<input type="checkbox"/> 10. 胸腰椎	<input type="checkbox"/> 19. 膝関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
<input type="checkbox"/> 2. 副鼻腔・眼窩部	<input type="checkbox"/> 11. 胸腹部	<input type="checkbox"/> 20. 下肢
<input type="checkbox"/> 3. 側頭骨	<input type="checkbox"/> 12. 腹部	<input type="checkbox"/> 21. 足関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
<input type="checkbox"/> 4. 歯顎	<input type="checkbox"/> 13. 腹部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 22. その他
<input type="checkbox"/> 5. 頸椎	<input type="checkbox"/> 14. 腰椎	詳細
<input type="checkbox"/> 6. 頸部	<input type="checkbox"/> 15. 上肢（骨）	
<input type="checkbox"/> 7. 肩関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	<input type="checkbox"/> 16. 手関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
<input type="checkbox"/> 8. 胸部	<input type="checkbox"/> 17. 骨盤	
<input type="checkbox"/> 9. 肋骨・胸骨	<input type="checkbox"/> 18. 骨盤～下肢	

確認事項	・妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (LM: 月 日から 日間)
	・体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (材質:)
	・アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容:)
	・感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容:)
	・ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、メーカーまたは循環器科医師への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)
	・撮影時の排尿制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合、患者様本人への説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)

◆紫雲会 横浜病院記入欄

<主治医の先生へのおお願い>

- 患者さまに交付いただく「C.予約票」の内容(予約時間、必要書面等)について、貴院窓口にて患者さまにお伝えください。
- 食事制限や排尿制限など検査実施する上で必要な事前準備がある場合には患者さまにお伝えください。
- 安全な検査を実施するため、必要な「確認事項」欄を設けています。
 妊娠やアレルギー、ペースメーカーなど確認事項について必ず当該書面へのご記入(入力)に、ご協力をお願い致します。

公益財団法人 **紫雲会 横浜病院** SHIUNKAI YOKOHAMA HOSPITAL
 Medical & Dental

代表TEL 045-491-2661 FAX 045-491-2661

※当日はこの用紙を持参してください。

CT検査 予約票

B. 予約票（患者さま ご案内用）

お申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
主治医	
電話	

フリガナ		性別	
氏名		<input type="checkbox"/> 男	
		<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	年 月 日	歳	電話 (日中連絡のつくところ)
★ 来院時間	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	時 分
		<input type="checkbox"/> 午後	

検査は完全予約制となります。遅刻されますと長時間の待ち時間や日程変更をお願いする事があります。
来院からの流れ：受付処理・問診ご記入（5～10分）→ 問診確認・着替え（5～10分）→ 検査（10～20分）

◆検査に関するご案内

1. 検査は完全予約制です。

予約日時にお越しになれない場合は、検査前日までに必ずご連絡をお願い致します。

2. 持ち物

- ① マイナンバーカードまたは保険証、（受給者証 ※生活保護を受給している方のみ）
- ② 「B.予約票」（この紙面）

3. 検査前の制限など

CT検査につきましては、検査前に留意いただく制限等は基本的にありません。
ただし、検査目的が『下腹部』などに関する場合、尿を溜めた状態での検査が必要であるため、検査の1時間前までにお手洗いを済ませてお越してください。

- 4. 貴重品類は、貴重品入れ（当院でご用意）に入れて、ご自身で管理いただきます。
高価な物や必要以上の現金等をお持ちにならないようお願いいたします。

<重要>

◆ペースメーカー、除細動器を装着されている方へ

機種により、ペースメーカー本体部の撮影ができない場合がありますので、循環器内科の主治医に、ご確認をお願いします。また念のためペースメーカー手帳をお持ちください。
徐細動器（ICD）は原則として本体部分の撮影はできませんのでご了承ください。



<ACCESS>

<地下鉄ブルーラインでお越しの場合>

横浜市営地下鉄：「三ツ沢下町」「三ツ沢上町」「片倉町」のいずれかで下車 徒歩約15分～20分（坂が続きます）



<市営バスでお越しの場合（おすすめ!）>

横浜西口バスターミナル3番乗場「神大寺入口」下車すぐ

