ＣＴ検査予約申込書

病 診 連 携

様式1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　　年　 　月　 　日

名古屋大学医学部附属病院長　殿　　 　　　　住 　所（〒　 　－　 　　 　）

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 登録医名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＴＥＬ（　 　　）　 　　−

 　 ＦＡＸ（　 　　）　 　　−

　　　　下記患者について、検査の予約を申し込みます。

　　　　尚、検査時に患者に対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ふ り が な |  | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日生　　○男　　○女 |
|  患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 　住　所 　ＴＥＬ | （〒　 　　−　　 　　）ＴＥＬ（　 　　）　　　−　　　　　　携帯（　　　 ）　　　− |
|  検 査 部 位 |  　○頭部　　　○頸部　　　○胸部　　　○腹部　　　○骨盤　 　○その他（　　　　　　　） |
|  主要目的臓器 |  |
|  検 査 目 的 |  |
|  臨 床 診 断 |  |
|  現 病 歴 |  |
|  患 者 状 況 | ○手術（動脈瘤）クリップ　（部位：　　　　　　）、○閉所恐怖　　　　　　　　○体内、体表金属類　（部位：　　　　 　）、○刺青（部位：　　　　　　）○人工関節、骨折接合金属（部位：　　　　　）、○心臓ペースメーカー、○妊娠初期 |
|  検査に関連する要望事項 |  |

**ご紹介方法**

**①上記枠内をご記入いただき、お電話でお伝えした検査予定日・開始予定時間を下記枠内にご記入ください。**

**②この　　　　　 を病診連携室　FAX:052-744-2803 までお送り下さい。**

**③　　　　　　　　　　 にも、検査予定日・開始予定時間をご記入の上、　　　　 とともに、患者さんにお渡し頂き、**

**当日持参するようお伝えください。**

様式1

**検査開始**

**予定時間**

**検査**

**予定日**

平成　　年

月　　日（　　）

様式3

様式2

様式4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検　査予定日 | 　令和　　年　　　　　　　　月　　日（　　） | 検査開始予定時間 | 　時　　　分 開始予定 |

**注意事項**

**※造影剤を用いる検査、小児等で鎮静処置を必要とする検査は、この申込書では検査予約ができません。**

**通常の地域連携診療申込書を使ってお申し込みください。**

**※検査予約後患者さんから日時の変更要請があった場合は当方の判断で変更させていただきます。**