

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
患者氏名	様	年 月 日生	○男 ○女
住所	(〒 -)		
TEL	TEL () -	携帯 () -	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主要目的臓器			
検査目的			
臨床診断			
現病歴			
患者状況	<input type="checkbox"/> 手術(動脈瘤)クリップ (部位:)、 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖 <input type="checkbox"/> 体内、体表金属類 (部位:)、 <input type="checkbox"/> 刺青(部位:) <input type="checkbox"/> 人工関節、骨折接合金属(部位:)、 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、 <input type="checkbox"/> 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 様式1 を病診連携室 **FAX:052-744-2803** までお送り下さい。
- ③ 様式2 様式3 にも、検査予定日・開始予定時間をご記入の上、様式4 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。

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。

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

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を上記医療機関(登録医)宛、お知らせくださるようお願いいたします。