医療法人太平洋記念みなみ病院　ＣＴ装置共同利用申込書 兼 照射録

FAX：0154－46－3583　　TEL：0154-46-2830（放射線科）　　受付時間 ： 10時00分　～　16時00分

紹介元医療機関　様　　令和　　年　　月　　日

医 療 機 関 名		電話番号	
診　　療　　科		ＦＡＸ番号	
ご担当医		送信担当者名	

患者情報　記載欄

フリガナ		住所 〒　　ー	
患者氏名			
生年月日	年　　月　　日	電話番号　　ー　　ー	

検　査　日	年　　月　　日　　曜日　　時　　分		
感染症の有無	□ 有　・　□ 無	移動方法	□歩行　□車いす　□ストレッチャー
臨床診断名			
主訴 臨床症状等			

以下の方は共同利用ではお受けできません。

- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方
- 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を使用している方

※ 造影剤を使用する検査はアレルギー等が考えられますので、共同利用は受付できません。
造影検査が必要な場合は紹介患者としてご紹介ください。

※ 新型コロナウィルス感染症の可能性がある方（風邪症状のある方）は事前にお知らせください。

検査内容　記載欄　（希望部位に☑をお願いします）

依頼医師　　（依頼元病院先生をご記入下さい）

□頭部CT
□副鼻腔CT
□頚部CT
□胸部CT
□腹部CT
□ 骨盤腔CT
□ 胸部～骨盤腔CT
□ 四肢CT
□ その他CT　（　　CT　）

※撮影条件等についてはみなみ病院の撮影条件を適用させていただきます。

撮影条件

技師　　kVp　　mAs

検査データ　□ 患者様にお預けする(基本はこちら)　□ 郵送（平日2～3日後に到着します）

※当院医師による画像診断はおこなっておりません。

その他必要事項記載欄