

CT 紹介検査申込書

ドクターランド赤羽へ撮影日時をご連絡 (03-6903-8732) のうえ、確定日時を下記にご記入ください。
すべての記入が完了しましたら、本用紙をFAX (03-6903-8733) にて送信してください。

TEL: 03-6903-8732

FAX: 03-6903-8733

撮影日 令和 年 月 日 ()	ご依頼 医療機関名
撮影時間 :	ご依頼 医療機関住所
ドクターランド赤羽 受診歴 無 ・ 有 (診察券番号)	TEL FAX

患者情報	
フリガナ	
氏名 (男・女)	生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 歳
患者移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床情報	
検査目的	病名 指示医
既往	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者特記事項	
▶▶ ① 下記に該当する方はCT検査を行えません <input type="checkbox"/> 妊娠中	
▶▶ ② 下記に該当する方はCT検査を行えない可能性があります <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 静止が困難	
撮影部位	
▶▶ 希望部位の <input type="checkbox"/> 内にチェックを入れてください (撮影は1日1部位の単純撮影のみです。造影撮影は行っていません) <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 ()	
画像CD-ROMのお渡し	
<input type="checkbox"/> 読影結果とともに郵送 <input type="checkbox"/> 撮影当日に患者様へお渡し (読影結果は別途ご報告致します)	
患者保険情報	
保険番号	
被保険者証 記号・番号	
被保険者氏名	家族・本人
資格取得日	負担割合 割
公費負担者番号	
公費負担医療費の受給者番号	
※上記に該当する場合は、チェックを入れてください	