CT

診療情報提供書 NHO宇多野病院 検査申込書

【送信先】 FAX 075－275－7431
国立病院機構 宇多野病院 地域医療連携室 （ 受付時間 平日 8:30～17:00）

【紹介元】

貴医院名		申込日	西暦　　年　　月　　日
		診療科	
		医師名	
住所	〒（　　－　　） 電話番号（　　）　　－　　FAX（　　）　　－		

【受診者情報】

※妊娠または妊娠の可能性がある女性は検査を受けることができません

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	西暦　　年　　月　　日 （　　歳）
住所	〒（　　－　　） 日中連絡が取れる電話番号→　（　　）　　-		
主訴又は病名		既往歴	
目的・症状等			
宇多野病院 受診歴	□有 □無 □不明	着替え・移乗時の介助	□不要 □必要→特記事項（　　）

※保険番号	保険者番号		※公費番号	公費負担番号	
	記号・番号			受給者番号	
	本人家族の別	本人 ・ 家族		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

※保険証（写）をFAXしていただいた場合、記入は不要です

【予約項目】

CT希望日時

＿＿月　　日（　　）

↓時間の融通が利く場合、複数チェックがあると助かります
□ 09:00 ～ 10:00　□ 13:00 ～ 14:00
□ 10:00 ～ 11:00　□ 14:00 ～ 15:00
□ 11:00 ～ 12:00　□ 15:00 ～ 16:00
読影不要または結果郵送時のみ → □ 16:00 ～ 17:00

CT検査部位

CT体幹部
□ 胸部　□ 胸部（HRCT）　□ 頸部～胸部　□ 全体幹（HRCT）
□ 全体幹（頸部～骨盤部）　□ 全体幹（胸部～骨盤部）
□ 除細動機能付きペースメーカーはない　□ 除細動機能があるが、本体上下2cmを除いた範囲での撮像を希望
□ 全腹部　□ 上腹部　□ 骨盤部

CT頭頸部
□ 頭部・脳　□ 頸部　□ 顔面　□ 眼窩　□ 内耳　□ 副鼻腔

CT脊椎
□ 頚椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 仙尾骨

CT四肢

	右	左		右	左		右	左
□ 肩関節	□	□	□ 上腕	□	□	□ 肘関節	□	□
□ 前腕	□	□	□ 手関節	□	□	□ 手	□	□
□ 両股関節			□ 大腿	□	□	□ 膝関節	□	□
□ 下腿	□	□	□ 足関節	□	□	□ 足	□	□

検査結果

※下記要望がなければ、検査画像（CD-R）と読影結果（用紙）を郵送にて提供致します
□ 読影不要　□ 郵送せずに手渡し（検査後、約1時間かかる旨の説明をお願いします）
→（例）両方にチェックを入れた場合、検査画像（CD-R）のみを受診者に当日手渡します

令和7年7月25日 更新