

## 市立釧路総合病院 共同利用機器検査依頼申込書 (CT)

FAX 0154-41-6511 (予約受付担当直通) TEL 0154-41-0014

**紹介元医療機関 様**

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**

令和 年 月 日

フリガナ		住所 〒	
患者氏名		電話番号	
生年月日	年 月 日		
保険番号		公費負担番号	
記号	番号	公費負担医療受給番号	
被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族	公費負担医療受給番号	

来院できない日をご記入ください		移動方法	歩行・車いす・ストレッチャー
-----------------	--	------	----------------

**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
  - インスリンポンプや自己検査用グルコース測定器（リブレ等）を装着している方
- ※ 造影剤を使用する場合にはアレルギー等が考えられますので、紹介患者としてご紹介ください。

検査内容 記載欄 (希望部位に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)			
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 鼻骨 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 内耳中耳
<input type="checkbox"/> 頸部			
<input type="checkbox"/> 胸部 (肺野・縦隔)	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝上縁～腎下極まで)	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔	
<input type="checkbox"/> 脊椎	( <input type="checkbox"/> 頸椎 / <input type="checkbox"/> 胸椎 / <input type="checkbox"/> 腰椎)		
<input type="checkbox"/> 四肢	( <input type="checkbox"/> 骨条件 <input type="checkbox"/> 軟部条件)		
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 上腕 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 肘関節 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)
	<input type="checkbox"/> 前腕 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 手関節 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 手 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)
下肢	<input type="checkbox"/> 股関節 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 大腿 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 膝関節 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)
	<input type="checkbox"/> 下腿 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 足関節 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 足部 ( <input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)

※撮影条件等については当院の撮影条件を適用させていただきます。

臨床診断名	
主 訴	

検査データ、読影結果は後日送付いたします。