独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 病診連携システム

**ＣＴ検査ご利用の手引**

ご紹介いただく際には、患者さんへ「診療で用いられる放射線について」の説明をお願いします。

1. 単純撮影のみのご利用ができます。

造影検査が必要な症例は該当診療科へのご紹介をお願いいたします。

1. 使用機器

マルチスライスCT（東芝製AquilionPRIME、AquilionCXL、シーメンス製Definition AS＋）

1. 検査日時

月・火・水・木・金　　9：00～ 10:00～ 13:00～ 14:00～

1. 検査料金

当院で医事請求いたします。

1. お申し込み方法

１）お電話で仮予約をお願いいたします。

２）検査申込書をＦＡＸ送信してください。

３）折り返し確認票と検査予約票（患者用）を返信しますので、検査予約票を患者さんにお渡しください。（平日9:00～19:00のお申込みについては原則30分以内にお返事をいたしますが、時間外のお申込みについては翌診療日のお返事となります）

６．予約の締切・変更・キャンセル

検査日の前診療日19時までにご連絡ください。

７．検査当日の患者さんの流れ

１）予約時間の30分前に本館２階「医療連携窓口」にお越しいただきます。

２）診療情報提供書（放射線科部長 伊藤俊裕 宛）をご提出いただきます。

３）受付後、放射線部へご案内いたします。

８．結果報告

原則として3日以内に検査レポートとCDを郵送いたします。（CDは貴院で保管していただ

きますようお願いいたします）フイルムが必要な場合はお申し出ください。

９．注意事項

検査前１週間程度の間は、胃や大腸のバリウム検査をしないでください。

・予約に関する事務的な事柄：地域医療連携・相談室（月～金 8:30から19：00まで）

・検査に関する医療・技術的な事柄：放射線科部長（月～金　8：30から17：00まで）

お問い合わせ先

2020年4月版

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 病診連携システム

**ＣＴ検査 FAX申込書 　　　　　　　　　　【FAX：052-691-6053】**

　年　　　　月　　　　日

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　様

男 ・ 女 　（　　　　）才　　T・S・H・R　　　年　　月　　日生

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

中京病院の受診歴　（ あり ･ なし ）　診察券番号（ 　　　　　 　　　　 ）

単純CT検査項目の選択　（１つ○を付けてください。）

・頭部 　　・中内耳 　　・副鼻腔 ・頸部 　　・胸部 　　・胸部～上腹部

・胸部～骨盤部　　　・上腹部 ・骨盤部 　　　・上腹部～骨盤

・その他の部位( )

検査予約日：　　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）

検査時間：　9：00　　　10:00　 　13：00　　　14:00

※あらかじめお電話での仮予約をお願いいたします。

注意事項

１.　検査希望日の前診療日19時までにお申し込み下さい｡

２.　折り返し確認票と検査予約票を返信いたします｡

３.　検査当日、患者さんは「**診療情報提供書」**と「**検査予約票」**のご持参が必須です。

４.　検査の絶対禁忌は 妊娠初期(3ヶ月以内)です｡

５.　食事の制限はありません。

お申込先：中京病院 地域医療連携・相談室（月～金8：30から19：00まで）

**電　　　話：０５２－６９１－６８８６（直通）**

**Ｆ　Ａ　Ｘ：０５２－６９１－６０５３**

　　　　　　　　　　　　　　　2020年4月版　　　　　　　　　