

CT 依頼/紹介状 (FAX 送付先:0282-25-5699)

紹介元医療機関様/ご担当先生

_____様 → ごとう脳神経外科・救急科クリニック 宛

フリガナ

- 患者様 氏名: _____様(____)歳 (男・女)
- 貴院様 ID:
- 診断名、症状、検査目的など記載ください

- 検査希望タイミング: 本日中 ・ 1週間以内 ・ その他()

- 検査部位 (○でお囲みください。または特記事項をご記入ください)
 - ・頭部 : 脳 ・ 副鼻腔 ・ その他()
 - ・頸部 : 軟部組織 ・ 頸椎 ・ その他()
 - ・胸部 :
 - ・腹部-骨盤 <※> :
 - ・脊髄 : 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙椎 ・ 全脊椎
 - ・四肢関節 : (右 ・ 左)
 - (肩 ・ 肘 ・ 手関節)(股関節 ・ 膝 ・ 足関節)
- ・その他特別な撮影指示:

<※> 腹部骨盤CTについては、検査前の絶食をお願いします

例:AM検査→朝食ぬき、PM検査→昼食ぬき

<当院対応不可> 造影CTは対応しておりません。

- 読影レポート: 不要 ・ メール PDF 添付 ・ FAX ・ 郵送
- 検査画像データ: CD-ROM (患者様 持ち帰り) ・ CD-ROM (郵送 医療機関様宛)
- 貴院様の再来予定日 月 日 (AM ・ PM ・ 頃 ・ 未定)

----- CT 禁忌 -----

・妊娠中の方 ・妊娠の可能性のある方

----- 以下 スタッフ用メモ欄 -----

●ごとうクリニック受診歴: なし or IDあり()

●生年月日:大・昭・平・令____年____月____日 (西暦____年)

●ご本人連絡先 Tel: _____

●CT検査 申込日: 月 日 担当者:

●CT検査 予約日時: 月 日 ()曜日 午前・午後 時 分

CT 依頼のご案内(通常紹介・画診共同利用)

(紹介元 医療機関様 → ごとう脳神経外科・救急科クリニック)

① ご紹介元の先生：依頼/紹介状をご記入ください。

貴院紹介状、もしくは当院フォーマットの「依頼/紹介状(1枚目)」にて撮影部位等のご指示をいただきます。ご記入が終わりましたら、FAX送付をお願いします。

② 貴院スタッフ様：当院 **0282-25-9099** までお電話ください。

ご面倒ですが、かならずお電話にて予約の確定を行ってください。お電話にて最終的な予約日時をお伝えしますので、「予約票(3枚目)」のご準備をお願いします。

検査自体は10分程度、受付や更衣など含めまして、計 1 時間程度の余裕をもってスケジュールをお願いします。当日検査希望などお急ぎの場合、FAXをスキップしてお電話いただいても結構です。

『〇〇医院から、CT検査の依頼です』とお伝えください。冒頭に以下2点をお伝えいただくとスムーズです。予約日時をメモいただき、③にお進みください。①依頼/紹介状FAX送付がまだの際は、のちほどFAX送付をお願いします。

- ・当日検査希望かどうか
- ・紹介状FAXの送付状況

③ 貴院スタッフ様 → 患者様：予約票をお渡しください。

確定した予約日時を手書きの上、予約票(3枚目)を患者様にお渡しください。以上でCTのご予約は完了です。腹部骨盤CTの場合は、直前の食時抜きをご指示ください。(例：AM検査→朝食ぬき、PM検査→昼食ぬき)

※ 貴院様より、貴院様の再診日等の案内をお願いします。

※ 読影レポートは検査後1週間以内の発送になります。

④ 患者様：ごとうクリニック来院 ～ CT検査 ～ 会計 ～ 検査結果・再来

予約票(3枚目)の案内文をよくお読みいただき、当院到着されましたら「ごとう脳神経外科・救急科クリニック」受付に予約票をお渡しいただくよう案内をお願いいたします。当院にて検査部位の最終確認を行い、CT検査を行います。CD-ROM渡しの場合、検査後ROMを作成しますので少々お待ちいただきます。当日会計が済みましたらお帰りいただけます(※)。

※ 画診共同利用の場合は、お会計は後日、紹介元医療機関様にて行っていただきます

⑤ 読影レポート

読影レポートは1週間以内の発送になります。

ごとう脳神経外科・救急科クリニック

※この用紙は患者様に直接お渡しください

CT 検査 予約票

【ご予約にあたって確認させていただきます】

・妊娠している、もしくは妊娠している可能性はありますか？

はい・いいえ

→当てはまる場合、当日CT検査が実施できない場合がございますのでご了承ください。不安な点があれば、紹介元医療機関様もしくは当日当院スタッフまでお気軽にご相談ください。

_____月_____日(曜)_____時_____分

から検査を行います。検査**15分前**を目安に、直接「ごとう脳神経外科・救急科クリニック」にお越しください。到着されましたら受付にこの予約票を提出してください。

【検査当日にお持ちいただく書類など】

- ① 健康保険資格確認証、マイナ保険証、(お持ちの方は公費受給者証など)
- ② ごとう脳神経外科・救急科クリニックの診察券(当院受診歴のある方)
- ③ CT 検査 予約票(この用紙)

【当日のご注意】

- ・腹部の検査では、検査前の絶食をお願いいたします。水分は少量可です。
- ・腹部以外の検査では、検査当日は食事や常用薬に特に制限はありません。
- ・当日は、原則検査着へのお着替えをして頂きますことをご了承ください。
- ・予約時刻に遅れた場合、状況により検査が受けられない場合があります。調整可能な場合もありますので、遅れる場合には、必ず当院受付までご連絡ください。
- ・無断キャンセルはご遠慮ください。
- ・当院ではご予約の変更はできません。(紹介元医療機関様の再診日を変更できないため)必ず紹介元医療機関様を通じて、再度スケジュールの調整を行ってください。
- ・計1時間ほどお時間に余裕をもってお越しください。検査終了後は、食事をはじめ、普段どおりの生活をさせていただいて結構です。
- ・当院でのお会計が発生します。(画診共同の場合を除く)
- ・キャッシュレスでお支払い可能です。
- ・駐車場ご利用いただけます
- ・その他ご不明点あれば当院までご連絡ください。



ごとう
脳神経外科・救急科
クリニック