FAX. 045-576-3547

済生会横浜市東部病院　地域医療連携室 行

（☎045-576-3546）

済生会横浜市東部病院

共同利用 造影CT検査 申込書 兼 紹介状

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくださいますようお願いします。

患者さんへのご注意事項（下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いします）

- ☐ 予約日時に当申込書をご持参のうえ、1階「画像診断センター（14）」受付にお越しください。
- ☐ 検査当日は朝食を抜いて、ご来院ください。
- ☐ 水の摂取は、検査直前まで可能です。
- ☐ お薬の服用に関しましては、あらかじめかかりつけ医にご相談ください。
- ☐ 検査医の判断により造影剤が使用できない場合がございます。ご了承ください。

予約日時　　月　　日（　　）9:00

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴　☐無　☐有　☐不明

ＩＤ

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記	
生年月日	☐大　☐昭　☐平　☐令　☐西暦 年　月　日	電話番号	自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢　歳	性別　☐男性　☐女性
保険区分	☐健康保険　☐公費12　☐自賠　☐その他（　）		

病名・症状（主訴）

体重　　kg　疑い病名：（　　）

撮影部位	**☐胸部　☐上腹部・骨盤腔　☐胸部・腹部・骨盤腔** **☐その他（**
腎機能	**※［必須］3か月以内の採血データ　Cr：＿＿＿＿（採血日：　　）** **（データがない場合、造影CT検査は申込みいただけません。ご注意ください。）**
内服	**ビグアナイド製剤（メトホルミン等）の内服：☐あり・☐なし** **（内服している場合は検査48時間前から48時間後まで中止をご指示ください。）**
ぜんそく	**☐なし・☐あり（詳細：　　）**
薬物アレルギー	**☐なし・☐あり（詳細：　　）** **（検査当日はお薬手帳など内服歴の分かるものを持参されるようご指示ください。）**

Ver.01_2024

*こちらの申込書はホームページよりダウンロードしてもご利用いただけます。