

# CT 検査依頼票（診療情報提供書）

患者氏名	(フリガナ)	性別  男 ・ 女
生年月日	T・S・H・R      年    月    日    (    歳)	
患者 TEL (携帯)	(    )      -	稲城わかばクリニック受診歴
	(    )      -	有      ・      無
紹介元 医療機関名		医師名

検査予約日時	令和    年    月    日 (    )	時      分
--------	--------------------------	----------

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤             * 複数 <input checked="" type="checkbox"/> 可
検査目的		
既往歴・現症	・妊娠あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・読影依頼 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

予約枠についてのご案内		
月曜日～土曜日	・ 15:00～15:30	・ 15:30～16:00
* 日曜・祝日・第3金曜は予約不可		

予約方法について
1・当院にご連絡ください。 受付時間：月曜～土曜 9:00～17:00（祝日除く） TEL：042-370-0530
2・診療情報ご記入後、下記に FAX お願いします。 FAX：042-370-0531
3・CT 検査のご案内に記入のうえ、患者様にお渡し頂き、検査当日受付までお願いします。

医療法人社団秀巧会  
 稲城わかばクリニック  
 〒206-0804  
 東京都稲城市百村 1604-7  
 TEL：042-370-0530 FAX:042-370-0531

# < C T 検 査 の ご 案 内 >

氏名	
検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤
予約日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分

## 当 日 の ご 案 内

①受付手続きのため、検査予約時間の 15 分前にはお越してください。

②当日の持ち物は、1・CT 検査予約票

2・健康保険証若しくはマイナンバーカード

3・診察券

③CT 検査費用：3 割負担の方で 4,500 円程度

1 割負担の方で 1,500 円程度

## 検 査 の ご 案 内

①検査時間は、15 分～30 分程度です。

②予約時間に多少の遅れが生じる場合がありますので、ご了承ください。

③検査当日、発熱等の症状がある場合、検査を受けることができない可能性があります。

④検査時は、化粧、アクセサリーは極力お控えください。

⑤なるべくお着替えしやすい服装でお越してください。(検査着は当院でご用意しております。)

⑥腹部検査を受けられる方は、6 時間前までに食事をすませ、その後は食事をお控えください。(少量のお茶、お水などの飲水は可能です。)

⑦キャンセルされる場合、できるだけ早めに

お電話にてご連絡ください。

医療法人社団秀巧会

稲城わかばクリニック

〒206-0804

東京都稲城市百村 1604-7

TEL : 042-370-0530 FAX:042-370-0531