

CT検査申込書

ご紹介くださる病院様へ … CT検査の予約後に下記の太線内の項目を記入のうえ
FAXにてお申込下さい。
仁厚会病院 TEL 046-221-3330 FAX 046-221-5309

申込日	平成	年	月	日	ID番号
検査日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 時 分
フリガナ 患者名			性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 才 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所			TEL		
保険者番号		記号		番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
紹介病院名			紹介医名		
紹介病院電話番号					

下記の項目は、ご紹介くださる先生がご記入下さい。

病名	保険適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
症状経過		
臨床診断		
検査結果の読影希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	シンプラントでのプランニング希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
①希望装置 <input type="checkbox"/> マルチスライスCT <input type="checkbox"/> コーンビームCT(デンタルCT) ※1/3顎単位 ※シンプラントでのプランニング希望の場合にはマルチスライスCTの対応になります。		
②撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 下肢()		
③撮影範囲		
④造影剤を使用しますか。(<input type="checkbox"/> 単純のみ・ <input type="checkbox"/> 造影のみ・ <input type="checkbox"/> 単純と造影)		出 力
⑤30分ほど静止できる患者さまですか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> フィルム
⑥妊娠またはその可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> DICOM(CD-R)
その他検査に必要な情報などがありましたらご記入下さい。		<input type="checkbox"/> simplant(CD-R)
		<input type="checkbox"/> コーンビームデータ(CD-R)

下記の項目は、ご紹介くださる先生が患者さまに問診のうえ記入してください。

◆造影剤を使用する場合のみご記入下さい。	
①ヨード造影剤に過敏症の既往歴がありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ある場合は、どのような症状ですか。 _____	
②重篤な甲状腺疾患がありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
③今までに喘息の発作を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
④以前造影剤を使ったCT検査をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ある場合、副作用はありましたか。	<input type="checkbox"/> ある(症状) <input type="checkbox"/> ない

※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。

※頭部造影、胸部造影、腹部(単純、造影)、その他造影検査の患者さまへ

1. 午前の検査の方は、朝食をとらないで下さい。(多少の水は可)

2. 午後の検査の方は、朝食を午前9時まで済ませ、その後は飲食禁止(多少の水は可)

※マルチスライス 片顎 14,000円、上下顎 21,000円

※コーンビームCT 1/3顎 8,000円、1/3顎プラスごとに4,000円

※シンプラントプランニング 4,000円