

CT検査依頼票

検査日 平成 年 月 日 時 分

宮城病院記載事項 → 検査ID K

氏名	様
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
性別	男 女
施設名	
医師名	

依頼医様へのお願い

- ◎ CTの予約検査時間は月～金曜日の9時00分～16時30分までです。
- ◎ CTのオーダーに関して制限はございません。検査内容について詳細に記入をお願い致します。

患者様への注意事項

- ◎ 患者様は検査時間の30分前まで宮城病院に来院下さる様お願い致します。
- ◎ 急患等の検査が入った場合に予定時間より遅れることをご了承願います。

会計情報	単 純	回
------	--------	---

撮影技師	
------	--

頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩部	<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> その他頭部	
頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> その他頸部	
体幹部	<input type="checkbox"/> 胸部(縦隔・肺)	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・腎	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他胸部	<input type="checkbox"/> その他腹部	<input type="checkbox"/> その他骨盤部
	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤部			
	<input type="checkbox"/> 胸郭・肋骨	<input type="checkbox"/> 骨盤骨				
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	<input type="checkbox"/> 仙椎・尾骨部	
上肢	<input type="checkbox"/> Rt 肩関節	<input type="checkbox"/> Rt 肘関節	<input type="checkbox"/> Rt 手関節	<input type="checkbox"/> Rt 上腕部	<input type="checkbox"/> Rt 前腕部	<input type="checkbox"/> Rt 手部
	<input type="checkbox"/> Lt 肩関節	<input type="checkbox"/> Lt 肘関節	<input type="checkbox"/> Lt 手関節	<input type="checkbox"/> Lt 上腕部	<input type="checkbox"/> Lt 前腕部	<input type="checkbox"/> Lt 手部
上肢	<input type="checkbox"/> Rt 股関節	<input type="checkbox"/> Rt 膝関節	<input type="checkbox"/> Rt 足関節	<input type="checkbox"/> Rt 大腿部	<input type="checkbox"/> Rt 下腿部	<input type="checkbox"/> Rt 足部
	<input type="checkbox"/> Lt 股関節	<input type="checkbox"/> Lt 膝関節	<input type="checkbox"/> Lt 足関節	<input type="checkbox"/> Lt 大腿部	<input type="checkbox"/> Lt 下腿部	<input type="checkbox"/> Lt 足部

診断名 具体的な検査目的事項等を詳細に記入をお願い致します。読影や検査に必要となります。

CT 検査予約票

平成 年 月 日 時 分

患者様氏名 _____ 様

患者様への注意事項

- ① 患者様は検査時間の 30 分前まで直接宮城病院の CT/MRI 受付に来院
下さるようお願い致します。
- ② 急患等の検査が入った場合には、検査予定時間より遅れることがござ
います。御了承下さいますようお願いいたします。
- ③ 紹介病院様からの検査依頼票をご持参下さるようお願い致します。
- ④ CT 検査の時間は、10 分程度で終了します。
- ⑤ 胸部・腹部等の検査の場合、金属製のボタンやホック等は検査画像に
影響を及ぼすので外して頂くことがございます。
- ⑥ 体調不良や諸事情等により検査に来られない場合は、下記に連絡をお
願い致します。

連絡先 国立病院機構 宮城病院 放射線科
住所 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原 100
電話 0223-37-5036 (放射線科直通)

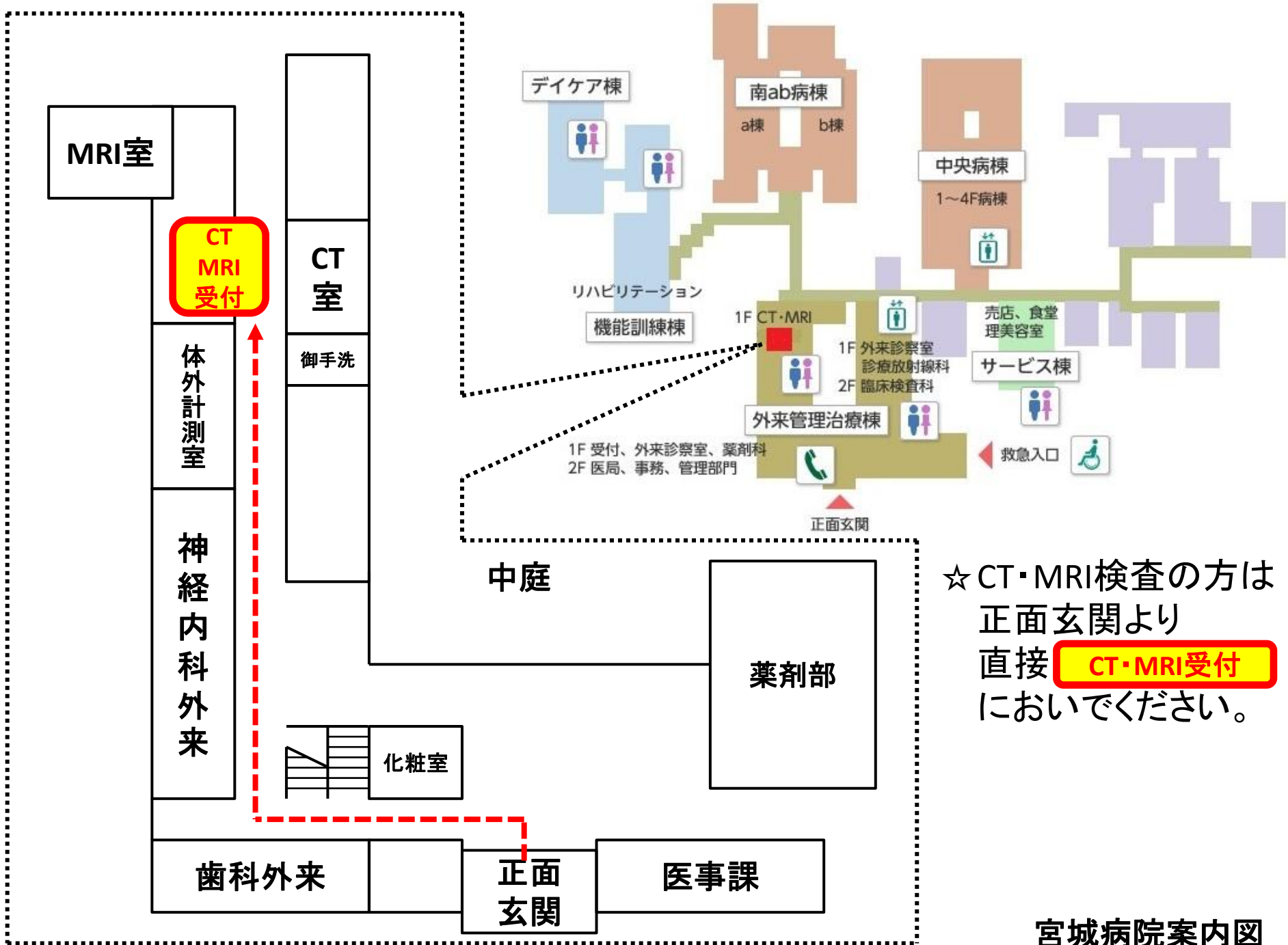
CT 契約撮影予約及び検査の流れ

- ① 宮城病院放射線科へ**直接予約の電話**をしていただきます。
(放射線科直通電話 0223-37-5036)
- ② 放射線科技師が電話対応し、予約日時を**口頭でお知らせ**いたします
- ③ CT検査予約票に**決定した予約日時**とCT検査依頼票に**必要事項を記入**していただきます。

こちらから**予約日等を記載した FAX の返信は行いません**
病院名は忘れずに記載してください。
- ④ 記入した **CT 検査予約票・CT 検査依頼票**を患者様にお渡しいただきます。
- ⑤ 患者様には④の書類を持参して、指定された日時の30分前に宮城病院放射線科受付窓口に直接おいでいただきます。
- ⑥ 依頼内容のCT検査を実施いたします。
- ⑦ 撮影当日は**何も持たずにそのまま患者様にお帰りいただきます。**
- ⑧ 後日遠隔画像診断の結果レポートができましたら、**CT 検査画像データの CD-R**と**CT 検査依頼票**及び**直接印刷した読影結果レポート**を特定郵便で郵送いたします。
- ⑨ 依頼元の医院様で検査の全諸費用等を算定していただけます。レセプトには「**画診共同 (国立病院機構 宮城病院)**」と追記して下さい。
- ⑩ 宮城病院より契約内容に基づいた利用料を、依頼元の医院様へ請求させていただきます。

・検査可能な時間は

CT 検査…休日でない平日 (月曜～金曜 9:00～16:30) となっております。



☆CT・MRI検査の方は
正面玄関より
直接 **CT・MRI受付**
においでください。

宮城病院案内図