

CT 検査票

予約日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

氏名			
生年月日	年	月	日
身長 _____ cm			体重 _____ k g
依頼施設名		依頼医師名	

【検査部位】(1 検査につき1部位となります) ※左右の指定はどちらか○で囲んでください。

<input type="checkbox"/>	頭部
<input type="checkbox"/>	内耳
<input type="checkbox"/>	副鼻腔
<input type="checkbox"/>	頸部
<input type="checkbox"/>	胸部
<input type="checkbox"/>	腹部
<input type="checkbox"/>	骨盤部
<input type="checkbox"/>	腹部～骨盤部
<input type="checkbox"/>	胸部～腹部
<input type="checkbox"/>	胸部～骨盤部

<input type="checkbox"/>	頸椎
<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	胸腰椎
<input type="checkbox"/>	腰椎
<input type="checkbox"/>	仙尾骨
<input type="checkbox"/>	骨盤骨
<input type="checkbox"/>	股関節(右・左)

<input type="checkbox"/>	大腿(右・左)
<input type="checkbox"/>	膝関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	下腿(右・左)
<input type="checkbox"/>	足関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	足部(右・左)

<input type="checkbox"/>	肩関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	鎖骨(右・左)
<input type="checkbox"/>	肩甲骨(右・左)
<input type="checkbox"/>	胸骨
<input type="checkbox"/>	上腕(右・左)
<input type="checkbox"/>	肘関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	前腕部(右・左)
<input type="checkbox"/>	手関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	手部(右・左)

【検査前確認事項】

妊娠 ( 有 ・ 無 )

心臓ペースメーカー ( 有 ・ 無 )

【主症状・検査目的等をご記入ください】

# MRI・CT検査予約票(患者様用)

令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様(男・女)	医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師名
---	--------------	------------------------------------

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

## 患者様へのお願い

- 検査当日は、予約時間の30分前までに駒沢病院受付までお越しいただき、検査予約票を提出してください。
- 検査は予約制となっております。予約時間に遅れる、または来院できない場合は前日までにご連絡ください。

(駒沢病院 放射線科 TEL:03-3424-2515 音声ガイダンス③→④の順に押下)

## 当日お持ちいただくもの

- ・MRI・CT検査予約票 ・診療情報提供書 ・マイナンバーカードまたは資格確認書
- ・駒沢病院の診察券(お持ちの方)

## ご案内図

- 地下鉄  
東急田園都市線 駒沢大学駅下車2分
- バス  

渋谷駅より	二子玉川行き	駒沢大学駅前 下車2分
	田園調布行き	
二子玉川より	渋谷行き	駒沢大学駅前 下車2分
田園調布より		

一般財団法人 駒沢病院  
平和協会  
東京都世田谷区駒沢2丁目2番15号  
TEL(3424)2515(代)  
FAX(3424)2516

