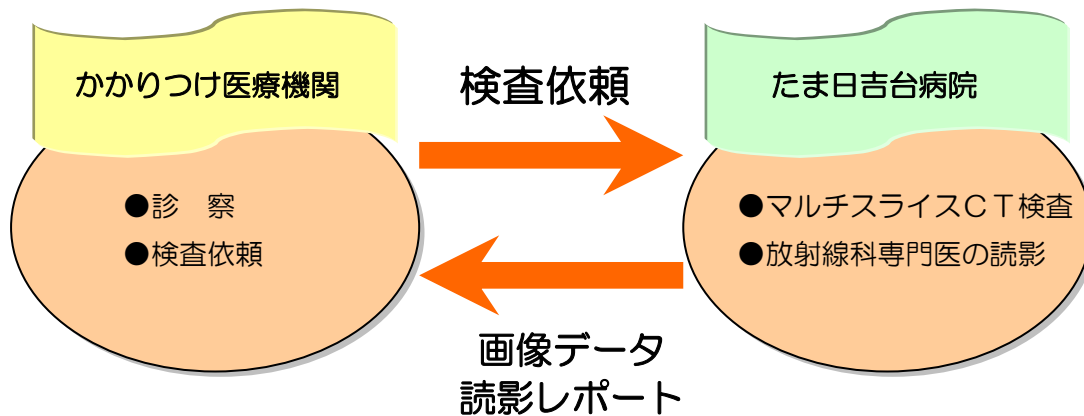


# マルチスライスCT共同利用のご案内

当院にはマルチスライスCT（東芝 Activion16）がございます。地域の病院や診療所の先生方に共同利用して頂けたらと考えています。読影については、読影専門医が行いますので、CT検査による精査が必要な患者様がいらっしゃいましたら是非ご利用下さい。



## ① 検査予約

当院ホームページより「CT共同利用」からCT検査依頼伝票をダウンロードするか、事前にお送りしました伝票を記入の上FAX（044-953-8199）にてお送り下さい。FAXにて折り返し検査日のご案内をさせていただきます。

※至急の場合は電話にて対応いたします（044-955-8220）内線 199 画像診断科まで

- 予約・問い合わせ 月～土曜日 9:00～17:15  
日曜・祭日 休診
- 検査日時 月～土曜日 9:00～17:00  
日曜・祭日 休診

## ② 患者様にお渡しする書類

CT検査依頼伝票  来院時ご持参下さい。 ホームページからダウンロードできます。	紹介状  来院時ご持参下さい。	CT検査を受けられる方へ  患者様は必ずお読み下さい。 ホームページからダウンロードできます。	造影CT検査同意書  ※造影CT検査のみ 来院時ご持参下さい。ホームページからダウンロードできます。
---	-----------------------	--	---

## ③ 検査にて来院

保険証・CT検査依頼伝票・紹介状・※造影CT検査を受けられる方は造影CT検査同意書をお持ちになってご来院くださるようお願いいたします。

## ④ 検査

検査時間 検査部位により異なりますが 10～30 分程度です

## ⑤ 検査終了

受付待合室にてお待ちいただきます。 15 分程度

## ⑥ CT画像データを患者様にお渡しします

CT画像データをCD-Rに取り込んで患者様にお渡しします。PC(XP/W200/ME)のお持ち施設でご利用できますが、PCをお持ちでない施設または、レントゲンフィルム印刷をご希望の場合は、CT撮影依頼伝票にご記入下さい、こちらは負担金が掛かります（1枚1,080円）また、撮りきりの場合は画像データと読影レポートを郵送もしくは持参にてお届けいたします。

## ⑦ 会計

（料金目安）

撮影部位	料金	3割負担の場合
CT単純	15,000円	4,500円
CT造影	27,000円	8,000円

初診料も含まれます。

\* レントゲンフィルムコピー1枚1,080円の料金となりますのでコピー枚数が増えると負担金額も増しますので無料のCD-Rコピーをお勧めいたします。

## ⑧ 読影・レポート送付

放射線科専門医が読影しCT検査レポートをFAXで送付いたします。ご希望の場合は郵送も受けたまります。

※ FAX送付は3日前後で郵送は5日前後のお届けとなります。



たま日吉台病院 画像診断科

# CT撮影依頼伝票

医療法人社団昇進会 たま日吉台病院

画像診断科 行

FAX 044-953-8199

平成 年 月 日

依頼医療機関名		医師氏名	
住所	〒 -		
電話・FAX番号	TEL ( ) -	FAX ( ) -	

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所 〒 -		
連絡先		

診断名及び主症状	検査目的

検査部位

頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤腔・頸椎・胸椎・腰椎・その他 ( )
-----------------------------------

撮影条件

------------------

種 別	造影の場合
単純・造影	<input type="checkbox"/> 喘息 有・無 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (クレアチニン ( )) 有・無 <input type="checkbox"/> ヨード造影剤の過敏症歴 有・無

検査希望日

年 月 日 ( ) AM・PM 時 分
---------------------

希望画像プリント方法	読影レポート
CD-R ・ コピーフィルム	FAX ・ 郵送

画像データ患者様渡し

する ・ しない
----------