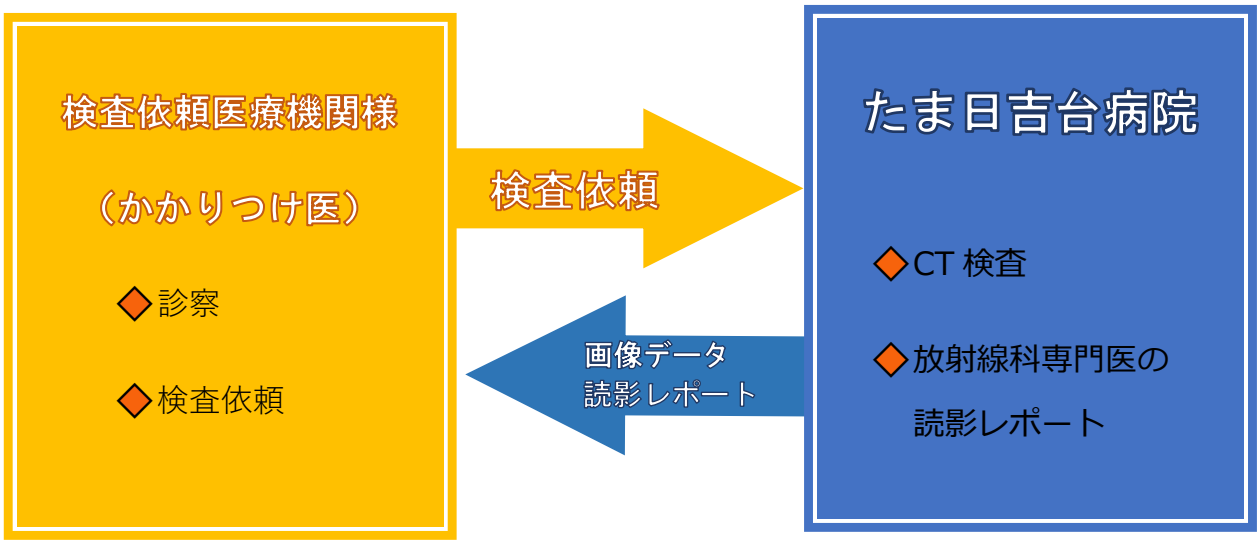
マルチスライスＣＴ共同利用のご案内

当院にはマルチスライスＣＴ（Canon 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 HP「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　放射線科まで

- 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　9：00～16：30
  日曜・祭日　休診

②　ご用意いただく書類（HP からダウンロード）

■CT 検査依頼伝票
■紹介状
■造影 CT 検査同意書（造影検査時のみ）
以上３点は、必要事項を貴院でご記入いただき、患者様が来院時ご持参ください。

■CT 検査を受けられる方へ
患者様への注意事項になります。患者様にご一読くださるよう、お伝えください。

③　検査にて来院

保険証・ＣＴ検査依頼伝票・紹介状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。
　※造影ＣＴ検査を受けられる方は造影ＣＴ検査同意書もご持参ください。

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　検査終了後

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。
また、撮りきりの場合はご希望の画像データと読影レポートを郵送もしくは FAX にて送付いたします。

⑦　会　計

（料金目安）

撮影部位	料金	3 割負担の場合
CT 単純	14,700 円	4,410 円
CT 造影	19,770 円	5,930 円

※初診料も含まれます。

⑧　読影・レポート送付

放射線科専門医が読影し、ＣＴ検査レポートを郵送または FAX で送付いたします。
　※1~2 週間程お時間をいただきます。

たま日吉台病院　放射線科

ＣＴ検査依頼伝票

医療法人社団晃進会 たま日吉台病院 放射線科 行

FAX 044-953-8199　　西暦　　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	大・昭・平・令 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・下腹部
その他（　　）

撮影条件

種別

単純・造影

造影の場合

○喘息	有・無
○腎機能障害（クレアチニン（　　））	有・無
○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

画像データ（CD-R）患者様渡し

する・しない

読影レポート

ＦＡＸ・郵送