

※妊婦禁止・植え込み型除細動器のある方は範囲が限られます※

CT 検査依頼書（診療情報提供書）

ご紹介医療機関（貴院名）

医師名

フリガナ

明治・大正

受診者氏名

男・女

生年月日

昭和・平成

住所〒

電話番号

	撮 影 部 位	□単純・□単純+造影※・□ダイナミック※			
1	頭部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	糖尿病薬服用（有・無） 服用中の場合、休薬指示（した・しない）
2	頸部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
3	胸部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	備考
4	腹部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
5	骨盤部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
6	脊椎（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
7	上肢（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
8	下肢（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
9	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	

スライス厚に関して特別指示があれば記入して下さい。（ ）mm

傷病名

症状詳記・合併症など（医師コメントは必須です）

病名・症状詳記や特記事項を基に撮影内容を検討いたします。

情報提供のご協力を宜しくお願い致します。

様

患者様手渡し用

検査日（予約日）	月 日（ ）	： 検査の20分前にお越し下さい
検査項目	MRI CT	単純 ・ 造影
持ち物	紹介状 ・ 保険証	・ お薬手帳
問合せ先	048-737-5640（平日9時～17時・土曜9時～12時）	
貴院の再診日	月 日（ ）	※読影結果は病院営業日の5日程かかります



■ 鉄道・バスによるアクセス

東武スカイツリーライン・東武アーバンパークライン「春日部駅」下車後、西口より次のバスをご利用ください。

- 西口1番バス停より朝日バス「秀和総合病院」行きにて「秀和総合病院」下車
- 西口2番バス停より朝日バス「かすかべ湯元温泉」(または「ウイング・ハット春日部」)行きにて「秀和総合病院」下車

車によるアクセス

秀和総合病院の位置は上記地図のとおりです。国道4号線と国道16号線の間位置します。大沼運動公園が至近です。