

済生会神奈川県病院
心臓CT検査申込書

※こちらの申込書はホームページより
ダウンロードしてもご利用いただけます

太枠内すべて記入し、FAX送信下さいますようお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に正面玄関側「総合受付」にご提出いただきますようお願い下さい。

予約日時 月 日 9:00

↑電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医院名

当院受診歴 無 有 不明

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			
負担割合		割		被保険者との続柄		<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	
有効期限		年 月 日		有効期限		年 月 日	
患者氏名	漢字表記			カナ表記			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平			年	月	日
			電話番号	その他連絡先			
住所	〒			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男
病名・症状(主訴)							
現病歴(経過)							
現在の処方・その他							
* 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒(詳細)							

心臓CT検査のながれ

ご予約可能日時

毎週 月～金曜日

予約時間 9:00

受付場所 正面玄関側 総合受付

まずは地域医療福祉センターまでお電話下さい。
検査の予約日時をその場で決定致します。

TEL

045-432-1111

(受付時間 9:00～16:00 土日祝休)



申込書(ホームページからダウンロードしてもご利用になれます)に
必要事項を記入し、FAX送信をお願い致します。

FAX

045-432-1118



FAXいただいた用紙を患者さんにお渡しになり、
当日9:00に正面玄関側 総合受付 へお持ちいただくようご案内ください。
(封筒の表書きに「心臓CT検査」と記載頂きますと受付がスムーズです)



患者様へ

検査日当日は、朝食を食べてきてください。

循環器内科にて診察後、検査を行います。所要時間は約3～4時間です。

検査終了は、会計後ご帰宅になります。

済生会神奈川県病院 地域医療福祉センター