

済生会神奈川県病院 ※こちらの申込書はホームページより
心臓CT検査申込書 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送信くだ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ください。

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ください

当院受診歴 無 有 不明

医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医院名

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 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日	電話番号	自宅		
			その他連絡先		
住所	〒	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

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 なし あり ⇒(詳細))

* ビグアナイド系糖尿病薬を含む薬剤を内服中の方は、検査当日の朝および検査終了後48時間の休薬がありますので、必ずご確認ください。

心臓CT検査のながれ

【ご予約可能日時】

毎週 月～金曜日(土日祝休)

予約時間 9:00

まずは患者サポートセンターまでお電話ください。
検査の予約日時をその場で決定いたします。

TEL

045-432-1111

受付時間 平日 9:00～18:00

土曜 9:00～16:00 (日祝休)



申込書に必要事項をご記入いただき、FAX送信をお願いいたします。
(申込書は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。)

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に西館1階 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」と記載いただきますと受付がスムーズです)



患者様へお伝えください

9:00に西館1階 総合受付へお越しください。

検査日当日は、7:00までに朝食を食べてください。

9:00までに水分(お水かお茶のみ)を、多めに摂取してください。

循環器内科診察後、検査を行います。受付から検査終了まで約3～4時間です。