

(紹介先)

医療法人社団 成和会 西新井病院
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12
TEL 03-5647-1700 (代表)
地域連携室 内線(9230)
FAX 03-5647-1701

① CT 検査御予約申込書 (FAX用)

フリガナ 氏名	様 男・女			
生年月日 M・T S・H	年 月 日 才	紹介元病院名	貴科名	御担当医師
住所		病院 医院	科	先生
TEL		TEL		
		FAX		

検査目的の詳細 (病名・病歴・臨床情報) および実施上の指示	現在服用中の薬

検査項目 *検査部位□にチェックをしてください。具体的な目的部位があれば記入してください。

<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 心臓 + 冠状動脈解析 (コロナリーCT)
<input type="checkbox"/> 眼 窩	心エコー持参 (有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 大動脈
<input type="checkbox"/> 内 耳	<input type="checkbox"/> Dynamic CT ()
<input type="checkbox"/> 頸 部 ()	<input type="checkbox"/> 3D-CTA
<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 3D画像作成 ()
<input type="checkbox"/> 腹 部	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 ()
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 下 肢 ()	
<input type="checkbox"/> 椎 体 ()	

読影の有無 1. 不要 2. 必要	造影剤使用 1. 無 2. 有	検査希望日 ・ 第一希望日 (月 日 :) ・ 第二希望日 (月 日 :) ・ 第三希望日 (月 日 :) ご都合の悪い日時等ご記入ください。 []
画像提供媒体 1. DVD 2. フィルム	妊娠の有無 1. 無 2. 有 (月)	
フィルム (CD-R) の取り扱い 1. 患者様のお持ち帰り (読影所見は後日送付) 2. 後日郵送		

② C T 検査御紹介状

(当日持参用)

(紹介先)

医療法人社団 成和会 西新井病院
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12
TEL 03-5647-1700 (代表)
地域連携室 内線(9230)
FAX 03-5647-1701

フリガナ 氏名	様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
		紹介元病院名			貴科名		御担当医師	
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才	病院 医院	科	先生
住所	TEL							
TEL	FAX							

検査目的の詳細 (病名・病歴・臨床情報) および実施上の指示	現在服用中の薬
--------------------------------	---------

検査項目 * 検査部位□にチェックをしてください。具体的な目的部位があれば記入してください。

<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 心臓 + 冠状動脈解析 (コ罗纳リーCT)
<input type="checkbox"/> 眼 窩	心エコー持参 (有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 大動脈
<input type="checkbox"/> 内 耳	<input type="checkbox"/> Dynamic CT ()
<input type="checkbox"/> 頸 部 ()	<input type="checkbox"/> 3D-CTA
<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 3D画像作成 ()
<input type="checkbox"/> 腹 部	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 ()
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 下 肢 ()	
<input type="checkbox"/> 椎 体 ()	

読影の有無	造影剤使用	〈特記事項〉
1. 不要	1. 無	
2. 必要	2. 有	
画像提供媒体	妊娠の有無	
1. DVD	1. 無	
2. フィルム	2. 有 (ケ月)	
フィルム (CD-R) の取り扱い		
1. 患者様のお持ち帰り (読影所見は後日送付)		
2. 後日郵送		

C T 検査予約票

(患者様用)

(紹介先)

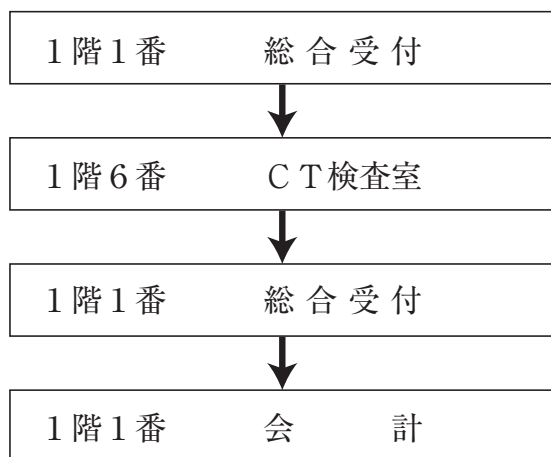
医療法人社団 成和会 西新井病院
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12
TEL 03-5647-1700 (代表)
地域連携室 内線(9230)
FAX 03-5647-1701

フリガナ 氏名	様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
生年月日 M・T S・H	年	月	日	才	紹介元病院名	貴科名	御担当医師	
連絡先					病院 医院	科	先生	
		TEL						
		FAX						

患者様へ

1. 検査当日は予約時間の10分前までに、「1階1番 総合受付」までお越しください。
2. C T検査予約票・紹介状・保険証を必ず御持参ください。

当院における検査当日の流れは以下のとおりです。



注意事項

- C T検査は、X線とコンピューターにより、体の断面を調べる検査です。
- 検査はほとんど苦痛をとまいませんが、息止めや体を動かさない等の制約があります。
また必要に応じて造影剤を使用する場合があります。
- 腹部、または造影剤を使用する場合は、午前の検査の方は朝食を、午後の方は昼食を抜いてください。
また、水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入った飲料はさけてください。
- 躯幹部（頸部、胸部、腹部、骨盤腔）の検査時、検査着に着替えていただく場合があります。
- 検査時間は15～30分程度です。
また当日フィルムをお持ち帰りいただく場合、検査後数十分お待ちいただきます。
- お薬が院外処方の場合は、お薬手帳を必ずお持ち下さい。

当日来院できない場合、予約時間に間に合わない場合は、事前に当院にご連絡ください。

TEL 03-5647-1700

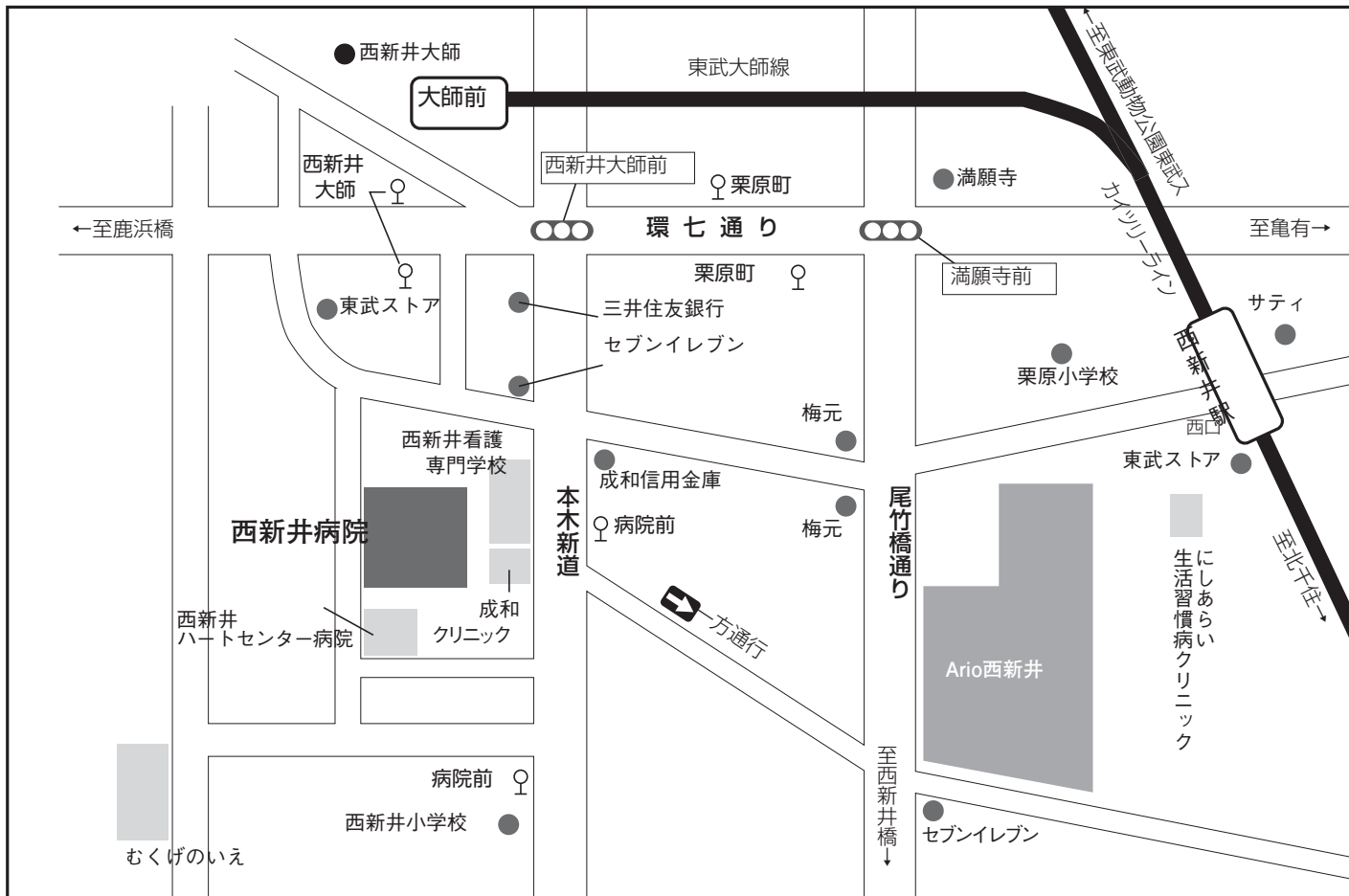
案内図

医療法人社団 成和会 西新井病院

〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12 TEL (代表) 03-5647-1700

診療受付時間	平日	午前9:00～午後12:00
休診日	日曜日・祭日	(但し急患は受け付けます)

交通機関



<電車>

東武スカイツリーライン

「西新井駅」下車 徒歩12分

(常磐線・東京メトロ千代田線・東京メトロ日比谷線「北千住駅」乗換)

東武大師線「大師前駅」下車 徒歩5分

(東武スカイツリーライン「西新井駅」乗換)

<バス>

東武バス (北01) 北千住駅⇔西新井大師 「病院前」下車

都営バス (王40甲) 池袋東口⇔西新井王子駅⇔千住車庫王子駅⇔足立区役所
 (王49)
 (王49折返)

「西新井大師」下車

国際興業バス (赤27) 赤羽駅東口⇔西新井駅

(赤27-2) 赤羽車庫⇔西新井駅

「西新井大師」下車

※都営バス・国際興行バスは「西新井大師」下車となります。

