

# ① C T 検査御予約申込書 (FAX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 (地域連携室直通) 03-5647-1746  
FAX (地域連携室直通) 03-5647-1747

氏名	様 男・女				
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才
住所					
TEL					
		紹介元病院名	貴科名	御担当医師	
		病院 医院	科	先生	
		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 ( )	
<input type="checkbox"/> 四 肢	

造影剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査希望日
・造影剤使用経験の有無 ( + ・ - )	・第一希望日
・喘息 禁忌 ( + ・ - )	( 月 日 : )
・アレルギー ( + ・ - )	・第二希望日
・腎機能障害 ( + ・ - )	( 月 日 : )
・感染症 ( + ・ - )	・第三希望日
+の場合 ( )	( 月 日 : )
・体 重 ( kg)	ご都合の悪い日時等ご記入ください。
・妊 娠 有 ( ヶ月) ・ 無	[ ]
読影所見 <input type="checkbox"/> 必 要 <input type="checkbox"/> 不 要	

## 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 (地域連携室直通) 03-5647-1746  
FAX (地域連携室直通) 03-5647-1747

氏名 様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
	紹介元病院名			病院 医院	貴科名 科	御担当医師 先生	
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才		
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 ( )	
<input type="checkbox"/> 四 肢	

造影剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〈特記事項〉
・造影剤使用経験の有無 ( + ・ - ) ・喘息 禁 忌 ( + ・ - ) ・アレルギー ( + ・ - ) ・腎機能障害 ( + ・ - ) ・感染症 ( + ・ - ) + の場合 ( ) ・体 重 ( kg) ・妊 娠 有 ( ヶ月 ) ・ 無	
読影所見 <input type="checkbox"/> 必 要 <input type="checkbox"/> 不 要	

# CT検査予約票

(患者様用)

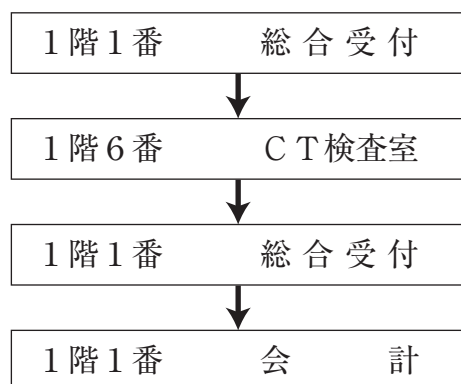
(紹介先)  
 医療法人社団 成和会 西新井病院  
 〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12  
 TEL (代表) 03-5647-1700  
 TEL (地域連携室直通) 03-5647-1746

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
連絡先	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. CT検査予約票・紹介状・保険証を必ず御持参ください。

当院においての検査当日の流れは以下のとおりです。



### 注意事項

- CT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 03-5647-1746

# 案内図

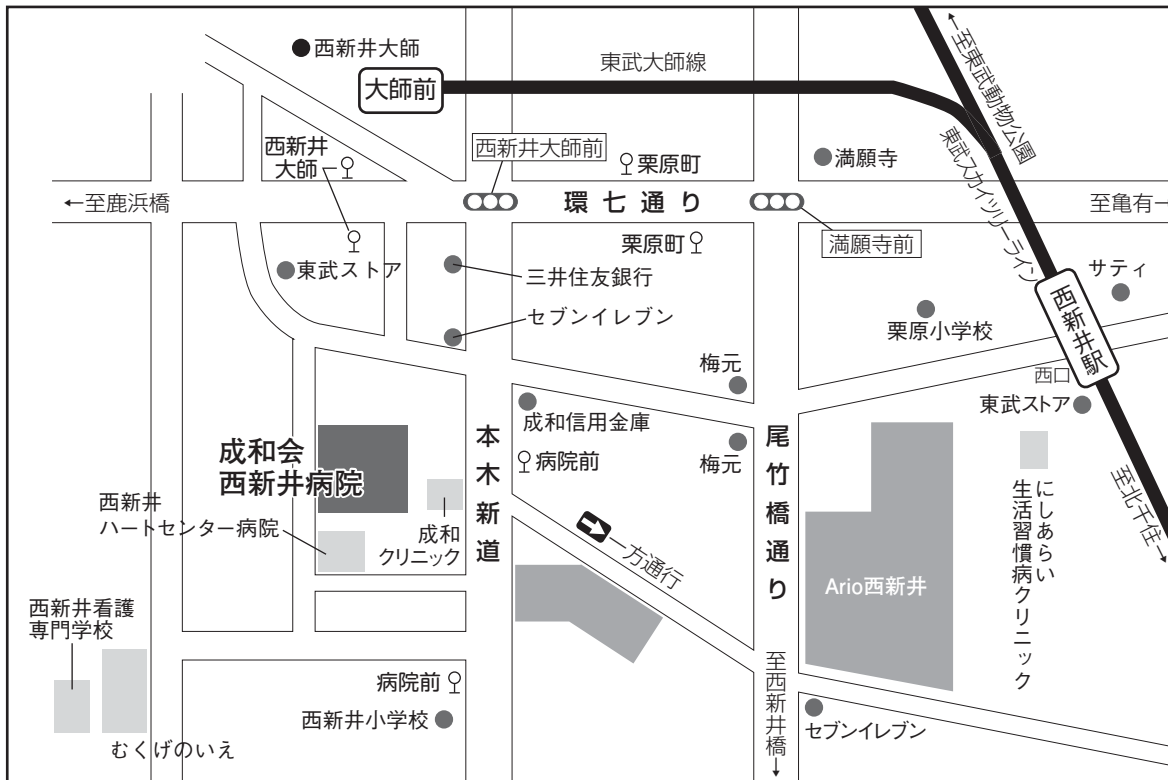
## 医療法人社団 成和会 西新井病院

〒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49) 王子駅⇔千住車庫  
 (王49折返) 王子駅⇔足立区役所  
 「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・国際興業バスは「西新井大師」下車となります。

