

# 検査予約票

No-1

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日

月 日 ( )

午前・午後 時 分

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 男・女 才

貴院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 先生

## 受診手続き

当日は、検査予約票・健康保険証等・診察券(当院の診察券をお持ちの方)をご持参の上、1F正面受付にお越し下さい。

## 注意事項

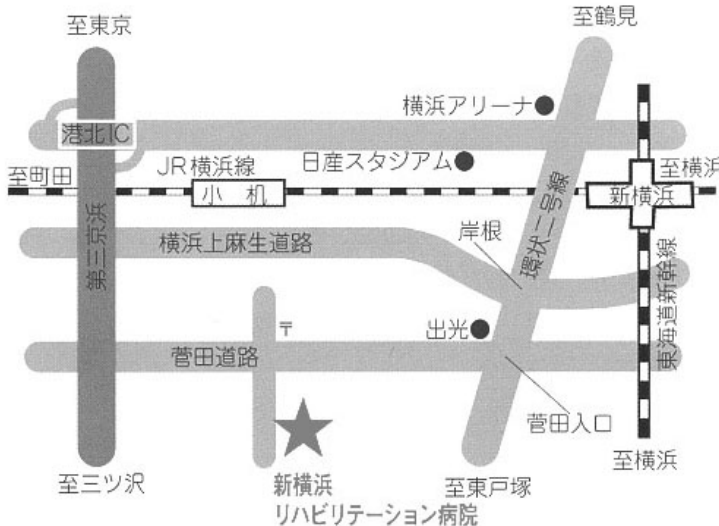
当日は、検査予約時間の15分前までにお越し下さい。

食事は 普通 夕食+朝食禁 朝食禁 昼食禁 です。

検査の予約変更等は、お早めにご連絡下さい。

## 交通案内

### ご案内



東急東横線特急利用、菊名駅乗換え、  
JR横浜線新横浜駅下車  
新横浜駅より当院シャトルバスを  
ご利用下さい(QRコード参照)



### お車でお越しの場合

県道環状2号線「菅田入口」交差点を鴨居方面へ右折し  
「横浜鳥山郵便局前」を左折、坂を登ると左手にあります

## 新横浜リハビリテーション病院

〒221-0864 横浜市神奈川区菅田町2628-4  
TEL045-474-5511

# 検査予約票

No- 2

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日	月 日 ( )
	午前・午後 時 分

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 男・女 才

貴院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 先生

検査概要、検査結果 をお選び下さい。

C T	・頭部	・頭頸部	C T 結 果	・CDのみ	当日
	・頸部	・胸腹部		・読影レポート付き	後日郵送
	・胸部	・四肢		・フィルムのみ	当日
	・腹部(全腹部、上腹部、骨盤腔)	・その他		・読影レポート付き	後日郵送
	・血管			その他( )	
	造影検査 : 要・否				

\*読影レポート有り、は後日郵送になります。

エコー	・心臓	・腹部	エコー 結果	後日郵送
	・体表(乳房)	・頸動脈		

上部 内視鏡	・経鼻	内視鏡 結果	後日郵送
	・経口		

・胃透視 (スコルパン・グルカゴン・無)	胃透視 結果	後日郵送
----------------------	-----------	------

**臨床診断**

既往歴、及び現状

検査目的、及び希望

チ エ ッ ク 項 目	・ペースメーカーの使用 無 (有: )
	・HB抗原(未検 - +)      ・HCV(未検 - +)
	・ヨード造影剤使用歴 : 有 無
	・ヨード副作用歴 無 (有: )
	・喘息 無 (有: )
	・アレルギー 無 (有: )
・甲状腺機能亢進症 無 (有: 造影剤禁忌)	
* 腎機能異常時のみご記入下さい。	
	BUN値 <span style="float: right;">mg/dl</span>
	クレアチニン値 <span style="float: right;">mg/dl</span>
・糖尿病薬の使用 無 (有: )	

## 新横浜リハビリテーション病院

〒221-0864 横浜市神奈川区菅田町2628-4  
TEL045-474-5511 画像診断部 内線1131

# 検査予約手順

電話予約窓口：新横浜リハビリテーション病院  
045 - 474 - 5511

## 単純CT

検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
CT撮影部位、CT結果を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
食事：頭部 普通食  
胸部 普通食  
腹部 AM検査は朝食禁、PM検査は昼食禁(少量の水・お茶は30分前までOK)  
1枚目に をお願いします。

蓄尿：骨盤腔を含む場合は検査2時間前より蓄尿もお願い致します。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にお越し下さるようお願い致します。

## 造影CT

上記、単純CTの書類に加え、「造影検査の説明・同意書」「造影検査問診票」をご記入のうえお持ち下さるようお願い致します。  
食事：全ての部位にて、AM検査は朝食禁、PM検査は昼食禁(少量の水・お茶は30分前までOK)  
1枚目に をお願いします。  
尚、副作用軽減のため検査2時間前に必ずコップ1杯分(200ml以上)の水分を摂取して下さい。

## エコー (腹部) (心臓) (体表) (頸動脈)

検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
エコー部位を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
患者様に各種「エコー説明書」をお渡し頂き、説明をお願い致します。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「エコー説明書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にお越し下さるようお願い致します。

## 上部内視鏡 (経鼻) (経口)

検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
内視鏡の方法を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
「経鼻」又は「上部消化管内視鏡を受けられる患者様へ」にて説明をして頂き、「問診票・同意書」にご記入下さい。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「経鼻」又は「上部消化管内視鏡を受けられる患者様へ」、「問診票・同意書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にお越し下さるようお願い致します。

## 胃透視

検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
胃透視を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
「胃透視検査を受けられる方へ」「胃透視検査のご案内」にて説明をして頂き「問診票・同意書」にご記入下さい。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「胃透視検査を受けられる方へ」、「問診票・同意書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にお越し下さるようお願い致します。

【検査予約時間】

単純CT	月～金 土	AM 9:00～12:30 AM 9:00～11:45	PM 14:00～15:45	内視鏡	月・火・木 土	AM 9:00～12:30 AM 9:00～11:45
造影CT	月～金 土	AM 9:00～12:30 AM 9:00～11:45		胃透視	月～金 月・金の 土	AM 9:00～12:30 11:00以降は不可です。 AM 9:00～11:45
エコー	月・火・金 土	AM 9:00～12:30 AM 9:00～11:45	PM 14:00～15:45			