

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

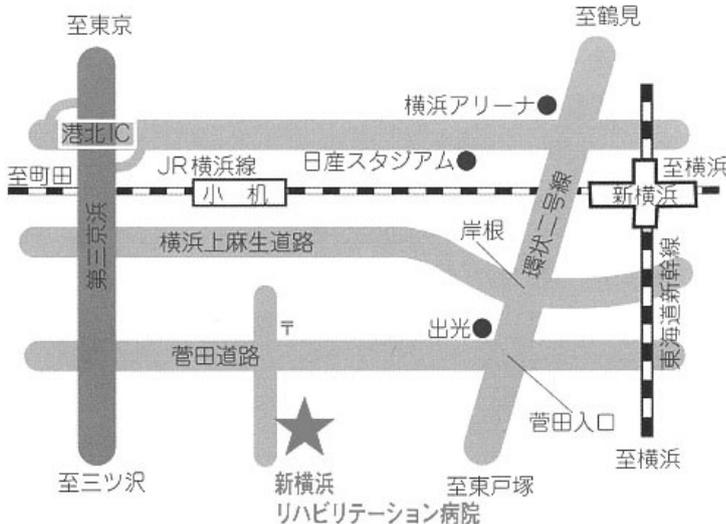
当日は、検査予約票・健康保険証等・診察券(当院の診察券をお持ちの方)をご持参の上、1F正面受付にお越し下さい。

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	mg/dl
	クレアチニン値	mg/dl
	・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*い*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) 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。
(心臓) 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。
(体表) 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。
(頸動脈) 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*い*お越し下さるようお願い致します。
- 上部内視鏡**
(経鼻) 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。
(経口) 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*い*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*い*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	AM 9:00～12:30	PM 14:00～15:45	内視鏡	月・火・木	AM 9:00～12:30
	土	AM 9:00～11:45			土	AM 9:00～11:45
造影CT	月～金	AM 9:00～12:30		胃透視	月～金	AM 9:00～12:30
	土	AM 9:00～11:45			月・金の	11:00以降は不可です。
エコー	月・火・金	AM 9:00～12:30	PM 14:00～15:45		土	AM 9:00～11:45
	土	AM 9:00～11:45				