

# 鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科 診療情報提供書

|                |   |              |                      |
|----------------|---|--------------|----------------------|
| 医療機関名          |   | 医療機関<br>電話番号 |                      |
| 担当<br>医師名      |   | 診療科          |                      |
| ふりがな           |   | 性別           | 生年月日(和暦・西暦どちらでも結構です) |
| 患者さん氏名         |   |              | 年 月 日 歳              |
| 患者さん<br>情報     | 〒   |              |                      |
|                | 患者携帯  |              | 患者固定                 |
|                | 家族等の緊急時連絡先  |              |                      |
|                | 緊急時連絡先<br>氏名  |              | 電話番号                 |
|                | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす(介助不要) <input type="checkbox"/> 車いす(要介助) <input type="checkbox"/> その他( )  |              |                      |
| インプラント<br>の有無  | <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> クリップ(部位 )<br><input type="checkbox"/> ステント(部位 ) <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 歯科インプラント<br><input type="checkbox"/> その他( ) |              |                      |
| 検査内容           | <input type="checkbox"/> 単純 CT <input type="checkbox"/> 造影 CT <input type="checkbox"/> 単純 MRI <input type="checkbox"/> 造影 MRI   |              |                      |
| 検査希望日          | 20 年 月 日 曜日 ( 時 分)  |              |                      |
| 検査部位           |   | 検査目的         |                      |
| その他特記<br>申送り事項 |   |              |                      |

## 【紹介元医療機関さまへ】

患者さん情報や検査内容・検査希望日をご記入の上、下記の放射線診断科直通 FAX にご送信下さい。  
 予約手続き後は、本紙原本及び患者さん用書類(各検査案内・問診セット)を患者さんにお渡し下さい。

鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科直通 TEL & FAX047-498-8119

2023 年 4 月 13 日改定

# 単純 CT 検査予約票

本用紙は検査当日にご持参下さい

お名前

様

予約日 月 日 午前・午後 時 分

## 【検査当日の手順】

- ・ 病院に向かう前に健康保険証、紹介状(検査依頼書)、検査予約票をご用意下さい。
- ・ 予約時間の20分前にはご来院頂き、1階の総合受付窓口に必要な書類を提出し、受付を行って下さい。
- ・ 受付後は1階の放射線診断科受付までお越し頂き、係員にお声がけ下さい。

## 【検査前の食事や服薬について】

### ◆骨盤部・腹部を検査される方

検査6時間前よりのお食事(牛乳などの乳製品含む)はお控え下さい。水やお茶は飲んでも構いません。高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲んでからご来院下さい。

膀胱に尿が溜まっている必要があります。検査前2時間以内は排尿しないで下さい。

### ◆骨盤部・腹部以外の検査をされる方

飲食の制限はありません。

## 【お願い】

検査日の変更やキャンセルの連絡は下記にお電話下さい。

鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科 TEL 047-498-8119 (直通)



## 患者さまの窓口負担概算(2019年9月1日現在)

| 検査内容       | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担    | 10割負担   |
|------------|--------|--------|---------|---------|
| 単純 MRI     | ¥2,500 | ¥5,000 | ¥7,500  | ¥25,000 |
| 造影 MRI     | ¥4,000 | ¥8,000 | ¥12,000 | ¥40,000 |
| 単純 CT      | ¥2,000 | ¥4,000 | ¥6,000  | ¥20,000 |
| 造影 CT      | ¥3,500 | ¥7,000 | ¥10,500 | ¥35,000 |
| マンモグラフィ    | ¥650   | ¥1,300 | ¥1,950  | ¥6,500  |
| 骨密度(腰椎+大腿) | ¥450   | ¥900   | ¥1,350  | ¥4,500  |

## 検査費用概算(保険点数 2019年9月1日現在)

| 検査内容    | 撮影診断料        | 造影剤 使用加算 | 薬剤料  | 電子画像 管理加算 | コンピュータ 断層診断料 | 画像診断 管理加算 | 合計   |
|---------|--------------|----------|------|-----------|--------------|-----------|------|
| 単純 MRI  | 1600         | 0        | 0    | 300       | 450          | 180       | 2530 |
| 造影 MRI  | 1600         | 250      | 1200 | 300       | 450          | 180       | 3980 |
| 単純 CT   | 1000         | 0        | 0    | 300       | 450          | 180       | 1930 |
| 造影 CT   | 1000         | 500      | 800  | 300       | 450          | 180       | 3230 |
| マンモグラフィ | 508          | 0        | 0    | 54        | 0            | 70        | 632  |
| 骨密度(腰椎) | 360+90(大腿追加) |          | 0    | 0         | 0            | 0         | 450  |

使用造影剤は患者さまの体重と検査部位・内容により増減しますので若干薬剤料が変わります

# 鎌ヶ谷総合病院 案内地図

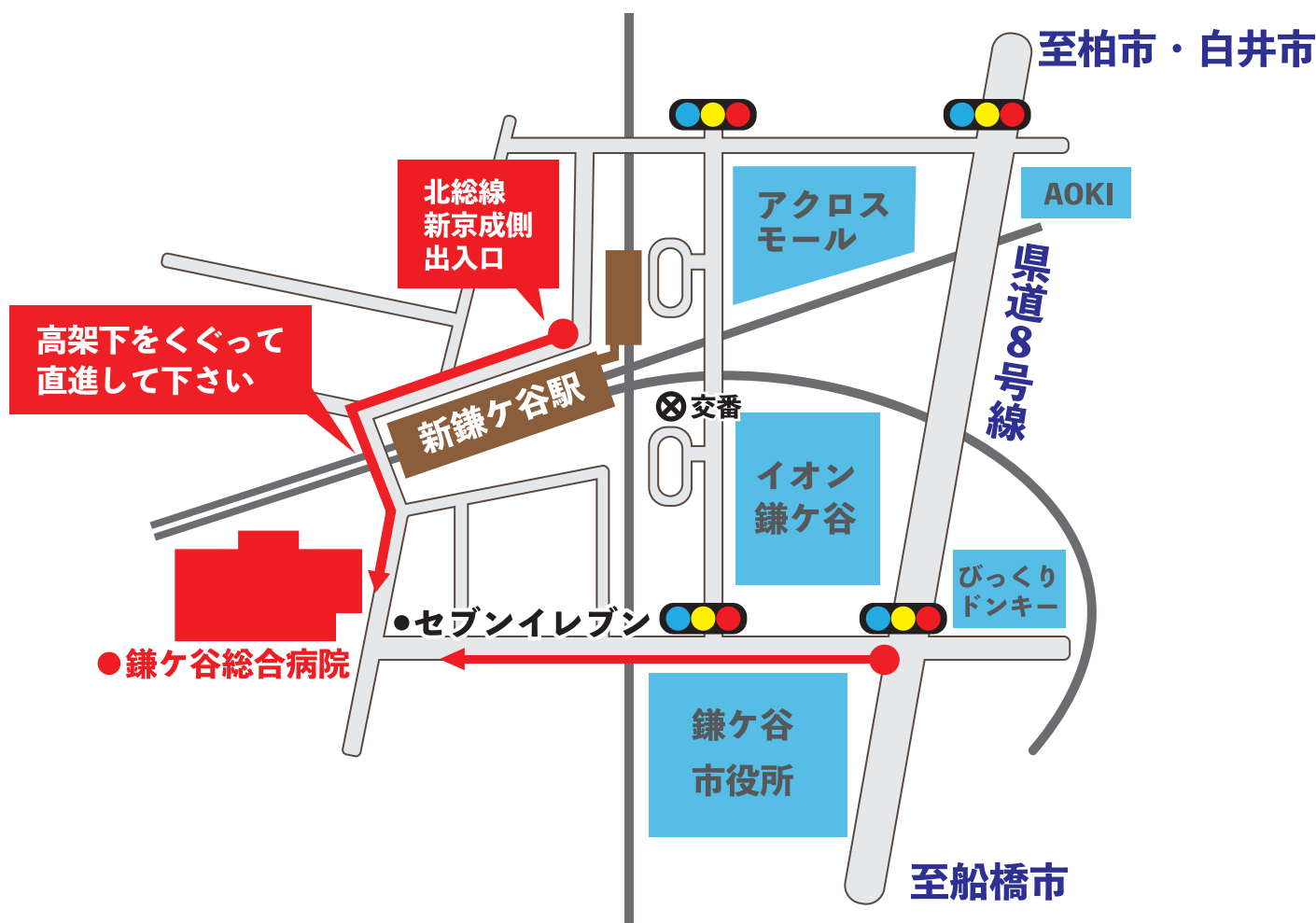
〒273-0121 千葉県鎌ヶ谷市初富 929-6 代表電話 047-498-8111

【お問合せ先】  
047-498-8111 (代表)

【公式サイト】  
こちらのQRコードからもアクセス頂けます  
<https://www.kamagaya-hp.jp/>



※予めお電話や公式サイトで受診方法や外来日をご確認の上でご来院下さい。



## 【鉄道をご利用の方】

新鎌ヶ谷駅下車、北総線・新京成線改札側の出入口から出て上記地図の矢印に従ってお進み下さい。  
近くに『鎌ヶ谷駅』という似通った名称の駅があるため、鉄道をご利用の方はお気をつけ下さい。  
尚、病院までの道路は交通量が多いため安全には十分お気をつけ下さい。

## 【お車をご利用の方】

県道8号線沿いのイオン鎌ヶ谷と鎌ヶ谷市役所を目印にして下さい。  
お車は敷地内駐車場をご利用下さい。尚、入庫時に発券される駐車券は車内に置かず、必ずご持参下さい。