

放射線科 行

年 月 日

FAX072-941-4666

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。
FAX送信後、患者様にこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日、必ずお持ちになるようお伝え下さい。

CT検査依頼申込書(診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	() -
生年月日	年 月 日	受診歴	有 ・ 無
貴医療機関名		電話番号	() -
貴院医師名	印	FAX番号	() -

下記の項目の□に✓または必要事項を記入下さい

検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肺縦隔 <input type="checkbox"/> 上腹部・下腹部
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿(□R・□L)
		<input type="checkbox"/> 膝関節(R・L) <input type="checkbox"/> 下腿(□R・□L) <input type="checkbox"/> 足部(□R・□L)
		<input type="checkbox"/> 肩(□R・□L) <input type="checkbox"/> その他()

CT検査は医療放射線被ばくを伴うことを患者様へ説明済み

検査希望日	年 月 日	午前・午後	時 分
-------	-------	-------	-----

検査目的

医療法人 貴島会

貴島病院本院

〒581-0853 八尾市楽音寺3丁目33
TEL072(941)1499(代) FAX072(941)4666

CT 検査予約票

の検査日時は
です。

注意事項

- 検査当日の絶食

{	<input type="checkbox"/> 不要	}
	<input type="checkbox"/> 必要	

検査前日 : 夕食は夜9時までに済ませ、以降は食べないで下さい。
水分(水・お茶のみ)は適度に摂って下さい。
お薬を服用されている方は、いつものようにお飲み下さい。

検査当日 : 朝食は摂らないで下さい。
水分(水・お茶のみ)は適度に摂って下さい。
朝にお薬を服用されている方は、いつものようにお飲み下さい。
- 造影剤の使用

{	<input checked="" type="checkbox"/> しない	}
	<input type="checkbox"/> する ⇒	

同意書の提出をお願い致します。
- CT 検査は断面像(輪切り) で体の内部を画像化でき、切れ目のないデータの取得を行うことで3D 画像や多様な方向からの画像作成も可能です。
- 検査は予約制です。都合が悪くなった場合は必ず下記へご連絡ください。
- 検査当日は予約時間の 30 分前に、受付を済ませて緑のファイルを黄色のポストに入れて下さい。
- 衣類は脱衣や更衣をお願いする場合があります。着替えやすい服装でお越しください。
- 検査部位に金属類 (エレキバン、ヘアピン、イヤリング、ピアス、ネックレス、入れ歯、フラスナーなど) があると画像の妨げになり、外した状態で検査を行います。
- アナウンスや口頭で息止めなどの指示がある場合はできる限り指示に従って下さい。(7~10 秒程度の息止め) また撮影中は体を動かさずじっとして下さい。
- X 線を使用する検査です。妊娠中または妊娠の可能性のある方、心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器 (ICD) を装着されている方は検査前に申し出て下さい。
- その他、ご不明な点などがありましたら係員におたずねください。