

◎当日はこの用紙を必ず受付へお出しください

CT検査予約票（他院紹介用）

カルテNo			
アリガタ			
氏名			
生年月日		性別	

検査予定日	
来院時間	
予約時間	
部位	

《検査を受けられるかたへ》

- 1 検査当日は**保険証、本紙、他医療機関から紹介の場合は主治医から預かった用紙一式(封筒)**を必ずご持参の上、予約時間の20分前までに当院受付までお越しください。遅刻されると検査開始の大幅な遅延や日程変更をお願いすることがあります。
また、検査の取り消し・予約時間変更等の場合は、早めにご連絡ください。
- 2 検査中は数分～30分程度で終わります。検査前には排尿しておいてください。
- 3 予約時間を厳守して検査開始するよう最大限の努力をしておりますが、緊急検査や装置の都合により数十分程度遅れることや順番が入れ替わることがありますのでご了承ください。
- 4 その他わからないこと、心配なことがありましたら、当院放射線部へお問い合わせください。

《注意事項》

- 1 検査部位が上腹部・骨盤部の場合・造影剤を使用する場合は、検査予定時間の4時間前から絶食をお願いいたします。少量の水分は摂取していただいて構いません。（牛乳・ジュースは不可）
血圧の薬・ステロイド剤内服中の方も少量の水で服用してください。
なお、造影剤アレルギーがある・喘息・甲状腺疾患・腎機能低下・ビグアナイド系糖尿病薬服用中の方は原則として当院での造影検査を行うことができません。
- 2 身体に金属類(眼鏡・ヘアピン・ネックレス・イヤリング・補聴器・義歯・エレキバン・カイロ・ウィッグ等)は取り外していただくことがあります。また、服装によっては当院備え付けの検査衣に着替えていただくことがあります。
- 3 ペースメーカーを埋め込まれている方はペースメーカー手帳をご持参ください。また、**除細動器**は原則として本体が埋め込まれている部分の撮影はできません。

CT検査依頼書（貴院控え）

フリガナ

氏名

検査予定日	年	月	日	()
時間	午前	・	午後	時 分

生年月日

年 月 日

性別

男 · 女

臨床診断名及び検査目的	御 依 頼 元	医療機関名 診療科 主治医 電話 () -	
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 下鴨病院ルーチン <input type="checkbox"/> 横断	<input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> 冠状断	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 造影

- 1枚目は貴院控えとなります。2枚目のCT検査依頼書（診療情報提供書）を封筒に入れ当院受付へ提出いただくよう患者さまにお伝えください。
- 予約確定後当院よりFAXする検査案内を患者さまへお渡しいただき、十分に読んでおいてください。また、検査当日は当院受付へ封筒と一緒に提出してくださいようお伝えください。
- 造影剤を使用する場合、月～金の午前中の時間帯に予約をお願いいたします。
副作用でまれに、かゆみ・じんましんが出る場合があります。ごくまれですが強い症状が出ることもあります。その際には必要と判断した処置を適宜実施いたします。また、**造影剤アレルギーがある・喘息・甲状腺疾患・腎機能低下・ヒグアナイド系糖尿病薬服用中**の方は原則として当院での造影検査を行うことができません。
- ペースメーカーを埋め込まれている方はペースメーカー手帳をご持参くださいようお伝えください。
また、除細動器は本体が埋め込まれている部分の撮影はできません。
- 画像CD-Rは検査後すぐに患者さまへお渡しします。読影結果報告書は後日FAXいたします。
内容によっては数日要する場合がございます。

CT検査依頼書（診療情報提供書）

フリガナ

氏名

検査予定日	年	月	日	()
時間	午前	・	午後	時 分

生年月日

年 月 日

性別

男 · 女

臨床診断名及び検査目的	御	医療機関名
	依	診療科
	頼	主治医
	元	電話 () -
検査部位		
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 胸部～上腹部 <input type="checkbox"/> 股関節 } 両 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 膝関節 } 右 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 足関節 } 左 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎		
<input type="checkbox"/> 下鴨病院ルーチン <input type="checkbox"/> 横断 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> 冠状断 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 造影

・患者さまが受付へ提出した書類すべて（封筒内に戻して）を基本票ファイルに入れ放射線部へ持ってきてもらう。

検査後、基本票ファイルと書類・CD-Rを受付へ持つて行ってもらうので書類は該当場所へスキャンする。

⇒この用紙は【診療情報提供書】へ保存