

C T検査予約票

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

予約診療科

フリガナ

氏名

様

検査のための食事制限

- 当日は普通にとってください結構です。
 当日の朝食は必ず絶食してください。
 当日の朝食は普通にとり、昼食は絶食してください。

普段飲んでいるお薬は普段どおりにお飲みください。

C T検査をお受けになる方へ (必ずお読みください)

検査当日は予約時間の15分前までに受付を済ませ、予約された診療科または受付で
外来基本カードを受け取り、放射線室受付へお越しください。

(再来機で受付しないでください。)

- * 体内除細動器 (ICD) をされている方は挿入部の検査はできません。
- * 心臓ペースメーカーをされている方は必ずお申し出ください。
- * 検査の都合上、衣類にボタン・金具等があれば検査衣に着替えていただく場合があります。
- * 検査部位にネックレス・エレキバン・湿布類があれば必ず外しておいてください。
- * 妊娠中の方または妊娠の可能性のある方は、必ずお申し出ください。
- * 検査は予約制です。来院できない場合には、必ず前もって連絡してください。
- * 検査の都合上、検査開始時間が多少前後する場合があります。御了承ください。
- * ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせください。

問い合わせ先 国保野上厚生総合病院 放射線室
和歌山県海草郡紀美野町小畑198
電話 (073) 489-2178 内線170

診療情報提供書(CT検査)

国保野上厚生総合病院 地域連携室
 受付時間 9:00~17:15
 ※土日祝・年末年始は除く

【依頼医へのお願い】

- ・臨床診断名及び現病歴、検査目的は必ず記入をお願いします。
- ・造影剤使用時は、問診票・同意書へ記入をお願いします。
- ・ビグアナイド系の糖尿病薬服用中の方は、検査後48時間休薬が必要となります。
- ・授乳中の方は検査後48時間授乳をお避けください。

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

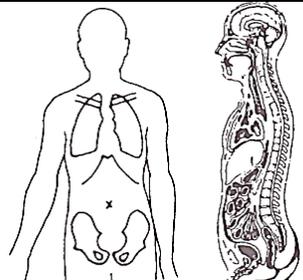
国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号) <input type="checkbox"/> なし				
フリガナ		男	生年月日	年 月 日
氏名	様	女		(才)
住所			電話番号	
医療機関名			依頼医師署名	

目的部位及び臓器 (複数チェック可)

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頭蓋	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> その他の部位
<input type="checkbox"/> 内耳道ターゲット	<input type="checkbox"/> 中耳腔ターゲット			()
<input type="checkbox"/> 頸部(甲状腺)	<input type="checkbox"/> 頸椎			
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	
<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)		
<input type="checkbox"/> 股関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)		
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肝胆脾			
<input type="checkbox"/> 肝臓～腎臓	<input type="checkbox"/> 腎臓～膀胱	<input type="checkbox"/> 肝臓～膀胱		
<input type="checkbox"/> 肝臓3相	<input type="checkbox"/> 胆嚢3相	<input type="checkbox"/> 膵臓3相		
<input type="checkbox"/> 腎臓3相	<input type="checkbox"/> DIC-CT	<input type="checkbox"/> 骨盤内臓器	<input type="checkbox"/> MPR処理 <input type="checkbox"/> 3D処理	

単純・造影・単純造影	診断 (要・不要)
HBs抗原 (+・-・未施行)	HCV (+・-・未施行)
ワ氏反応 (+・-・未施行)	その他感染症 ()

臨床診断名及び現病歴 [検査目的 (特に希望する事項・部位詳細)]



CT検査結果

報告者 ()