

## 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って結構です。  
 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、この予約票、診察券（お持ちの方）、健康保険証を添えて**病院受付**で受付を済ませ、予約診療科に寄り、検査に来た旨を申し出て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・磁気バンソウコウ・湿布類があれば必ず外しておいてください。
- ・妊娠の可能性がある方は、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

注) ①造影剤検査を行う場合は、問診票・同意書へ記入をお願いします  
 ②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

検査予約日時                      年           月           日           午前・午後                      時                      分

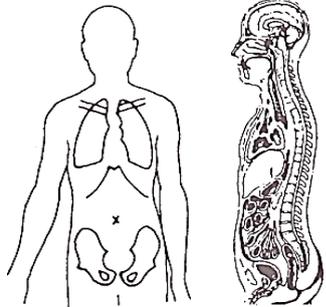
国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号 ) <input type="checkbox"/> なし				
フリガナ		男 女	生年月日	年           月           日 (           才)
氏名	様			
住所			電話番号	
医療機関名			依頼医師署名	

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"/> 肝胆膵					
<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( )