

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、検査前48時間・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 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 | | |

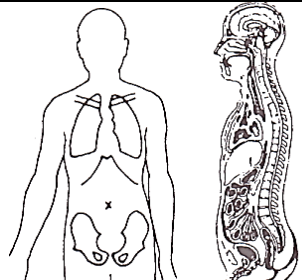
目的部位及び臓器 (複数チェック可)

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <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"/> 足関節(右・左) | | | |
| <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) | <input type="checkbox"/> 膝関節(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3相 | <input type="checkbox"/> 胆嚢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()