

CT 検査依頼用紙 (診療情報提供書)

貴施設 ID

氏名(カナ) _____ (男・女)

検査依頼施設名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

TEL _____

診療科目 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 検査予定時間 _____ 時 _____ 分頃

依頼医師

担当技師

検査部位 1) 頭部 (単 造) 2) 上腹部 下腹部 全腹部 (単 造)
 3) 胸部 (単 造) 4) その他

* 使用造影剤 無 有 →

* 技師記入欄

依頼医師は枠内に必ず記入して下さい。(未記入検査不可)

検査目的	検査方法

CT検査依頼用紙 (診療情報提供書)

検査日時を以下のように予約しましたので、検査予定時間の20分前には受付を行って下さい。
(遅刻・キャンセル・変更等がありましたら下記まで必ずお電話下さい。)

検査日 年 月 日 () 検査予定時間 時 分頃

※注意事項を必ずお読み下さい。

検査当日は健康保険証・診察券・CT検査依頼用紙などを必ず持参して下さい。

(忘れずと実費扱いとなる場合もありますのでご注意下さい)

この用紙(注意事項用紙)も受付にてご提示下さい。

単純CT検査を受けるにあたっての注意点

検査部位 ()

- 朝食(午前の検査)を食べずにお越し下さい。
- 昼食(午後の検査)を食べずにお越し下さい。
- 食事制限はありません。

造影CT検査を受けるにあたっての注意点

検査部位 ()

- 服用中のお薬は、医師の指示がない限り通常通り服用して下さい。
- 糖尿病の方は、インシュリン注射をしないで下さい。
- また、血糖を下げるお薬は飲まずにお越し下さい。
- 造影剤アレルギー、その他アレルギーや喘息がある方は申し出て下さい。
- 糖尿病の薬を服用されている方(メルビン・グリコラン等)は申し出て下さい。
- その他気分が悪い方は申し出て下さい。

次に該当する場合は必ず申し出て下さい。

- 1)現在妊娠している方、またはその可能性がある方
- 2)授乳中の方

また、貴重品などは付き添いの方に預けて下さい。

盗難・故障には一切の責任を負いかねます。

その他、ご不明・ご心配なことがありましたら申し出て下さい。

医療法人社団 智聖会 安藤病院
尼崎市東難波町5-19-16
放射線科直通ダイヤル 06-6482-2927