

名古屋市立大学病院 CT 検査 予約申込票

FAX: 052-858-7130 TEL: 052-858-7131
お申し込み受付時間: 平日 8:30~19:00 土曜日: 8:30~12:30

年 月 日

紹介元医療機関名
所在地
担当医
電話番号
FAX 番号

予約日の日程調整は、名市大が
 患者さんで行う
 医療機関で行う
いずれかに✓をお願いします

- 注意**点
- ・就学前のお子様についての申し込みはお受けできません。
 - ・緊急に検査が必要な場合は、各診療科外来をご受診ください。
 - ・歯科用CTで画像の解析や計測が必要な場合は、事前に口腔外科にお問い合わせください。

1. 医療法等に規定される診療用放射線安全利用に係る事項（別紙）について患者さんに説明しましたか。 → はい
2. 診療区分: 保険診療 保険外診療（歯科用；インプラント義歯など）
3. CT検査種別: 単純検査 造影検査 ⇒ 下記の質問にご回答ください。

造影検査を依頼される場合、ご依頼の患者さんに関する下記の注意事項の確認と質問にご回答ください。

①腎機能（eGFR30以上）を確認するため、**3か月以内の血液検査結果**を紹介状に添付してください。
※血液検査結果の値、有効期間が外れている場合は、造影検査ができませんので、あらかじめご了承ください。

② 今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ - ある・ない
⇒ 「ある」と回答した方のみご回答ください。
②.ア その時、副作用が出ましたか？ - はい・いいえ

③ 喘息、腎不全と診断されたことがありますか？ - ある・ない

④ 甲状腺疾患と診断されたこと、お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ - ある・ない

⑤ メトホルミン薬を服用していますか？ - はい・いいえ
⇒ 「はい」と回答した方は、当該薬品を検査日の前後のそれぞれ48時間休薬してください。
※②.ア、③のいずれかで「はい」または「ある」と回答した場合は、造影検査の予約をお受けすることができませんので、単純検査での実施に変更するか、各科外来をご受診ください。
※④で「はい」と回答した場合ははじめ、当院担当医の判断で単純検査になる場合もあります。
4. 検査部位: () ⇒紹介状にもご記載ください。
※胆嚢の場合は絶食をする必要があります。また、心臓についてはお受けできませんのでご了承ください。
5. 検査結果の提供方法: 検査日から3~5日程度で、読影レポートと結果画像（CD-R）を紹介元医療機関へ郵送します。
結果画像（CD-R）が不要なときは✓してください。 ➡ 結果画像（CD-R）は送付不要

診療希望日時 (ご希望の時間に○)	第1希望: 令和 年 月 日 () 10時・15時 第2希望: 令和 年 月 日 () 10時・15時	
患者さん	氏名等	フリガナ () 貴院のID () 氏名: 様 (旧姓:) 性別 男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
	電話	(日中に必ず連絡がつく番号を記入してください) 自宅 - - 携帯 - -
	住所	〒 -
	外国籍の方	日本の公的医療保険: <input type="checkbox"/> 加入 <u>未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください</u> 日本語: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (ID No.) <input type="checkbox"/> なし

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No. ()	予約登録	予約票送付	紹介患者登録・アクセス権	
------------	------	-------	--------------	--