

単純CT検査依頼票 (WEB用)

地域医療連携室直通 FAX: 052-704-2790 TEL: 052-704-9555

※WEBで予約取得後、この用紙をFAXしてください。予約票を折り返しFAXします。

紹介元医療機関名

依頼医師名

TEL

FAX

下記の患者さんのCT検査依頼票を予約しました。 令和 年 月 日

| | | |
|--|----------|---------------------------------|
| フリガナ 患者氏名 | 男・女 様 | 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 患者住所 | | |
| 本人連絡先 () | — | 緊急連絡先 () — |
| 未来光生病院 受診歴 なし ・ あり (ID番号) | | |
| 検査予約日時: 月 日 () 10:00 ・ 13:30 | | |
| 連絡事項 (具体的な部位、簡単な検査目的、対象疾患等) ※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にお持ちください。 | | |

1～5. について該当する項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

1. 検査部位 頭 頸 胸 腹 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎
四肢 (左 / 右、部位:)
その他 ()
2. 心臓ペースメーカーを植え込んでいる。 いいえ はい
3. 除細動器付デバイス (ICD・CRT-D) を植え込んでいる。 いいえ はい
4. インスリンポンプ、持続グルコース測定器を留置している。 いいえ はい
5. 女性のみ: 妊娠中または妊娠の可能性がある。 いいえ はい

以下、確認の上、☑をお願いいたします。

被ばくに関する説明を行いました。別紙「単純CT検査説明書・問診票」を説明し渡しました。

※検査結果は、後日レポートを同封し紹介元の先生へ郵送します。

※検査にて緊急対応が望ましい所見を認めた場合、当院の判断で受診および処置を勧めさせていただくことがあります。

以上、ご記入ありがとうございました。

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

未来光生病院受付者: _____ 予約登録済 予約連絡済 結果送付済

名古屋市立大学医学部附属 **みらい光生病院**
単純CT検査 説明書・問診票

患者氏名： _____ 様

※この用紙は問診をご記入の上、診療情報提供書とともに当日お持ちください。

- 1) 検査方法
エックス線を用いて人体の断層像を撮像します。検査時間は10～20分程度です。
- 2) 注意事項
 - ・外来予約検査の方は、予約時間の15分前に1階 総合受付にお越しください。
 - ・検査当日は、この用紙とともに、診療情報提供書、健康保険証をお持ちください。
 - ・内服薬などは通常どおりに服用してください。
 - ・ファスナーやホックなどの金属類を伴う衣類では、更衣が必要となることもあります。
- 3) 以下の検査に該当する方のみ注意してください。
 - ※ 胆のう・胆管・膵臓を検査される方へ
午前の検査の場合は朝食を、午後の検査の場合は昼食を中止してください。
ただし、少量の水は飲んでかまいません。
 - ※ 膀胱を検査される方へ
検査予約時間の1時間前から尿をためておいてください。

<問診>

該当する項目に☑をつけ、“はい”を選ばれた方は該当項目について（ ）内に記載をお願いします。

- ・心臓ペースメーカーを植え込んでいる。
いいえ はい
- ・除細動器付デバイス（ICD・CRT-D）を植え込んでいる。
いいえ はい （植え込んでいるもの： _____ ）
- ・インスリンポンプ、持続グルコース測定器を留置している。
いいえ はい （留置しているもの： _____ ）
- ・身長と体重をご記入ください。 身長： _____ cm 体重： _____ kg

女性の方のみ、お答えください。

- ・妊娠中または妊娠の可能性がある。
いいえ はい 不明

外来の方で予約日に来院出来なくなった場合は、ご予約をされた医療機関とみらい光生病院の地域医療連携室にご連絡ください。

みらい光生病院 地域医療連携室直通 TEL：052-704-9555