

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 医療法人大植会 葛城病院

〒

放射線科 担当医 殿

電話

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名..... 生年月日 (歳)
患者住所
電話番号 職業

傷病名

紹介目的

CT 検査依頼 部位は下記の通り

症状、治療経過および検査結果

現在の処方

検査部位 頭部 () 頸部 ()
 胸部 () 腹部 ()
 腹部～骨盤 () 骨盤部 ()
 関節 () その他 ()

※ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。

CT検査予約票

患者様氏名 _____ 殿

検査日時 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分

※検査当日までに必ずお読み下さい

- 健康保険証は必ずご持参下さい。葛城病院の診察券をお持ちの方はご持参下さい。
- 予定時間の20分前にお越し下さい。
- 緊急検査などにより検査時間が前後する場合がありますがご了承下さい。
- 検査時間は約10分です。
- MRIと違い、検査室内には金属類は持ち込めませんが検査部位により支障が出ますので外していただきます。

次に該当する方は、必ず主治医、検査担当に申し出て下さい

- 心臓ペースメーカー、除細動器などを装着の方
- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方（当院では撮影を行っていません）
- 胸腹部、腹部、骨盤腔内が含まれる検査では検査前5日以内にバリウム検査を受けられた方

<検査前の食事について>

単純CT検査 (胸腹部・腹部・骨盤部)	・検査予約時間の4時間前から絶食 ・飲水は直前まで可
骨盤腔内の検査 (泌尿器系・婦人科系)	・検査予約時間の4時間前から絶食 ・2時間前から尿を溜める ・我慢出来ない場合、排尿する前に近くのスタッフへお知らせ下さい ・依頼時に蓄尿が不可欠な場合、検査まで2時間程度待機していただくことがあります
単純CT検査 (上記以外・整形領域)	食事制限、水分制限 ありません

ご不明な点があれば、下記までご連絡下さい。

葛城病院 放射線科 電話 072-422-9909(代)

