

診療情報提供書(CT・X-P検査依頼書) 依頼元控え

フリガナ	性別	ご紹介施設名	病院・クリニック 医院・診療所
患者氏名	男・女	ご紹介医師名	連絡先 Tel() -
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳	ご紹介診療科	科 外来・入院 階

患者の移動方法 独歩 車椅子 ストレッチャー

検査予定日時 年 月 日 時 分 ※検査当日は検査予定日時の**30分前**にお越し下さい

検査内容

造影剤の使用 造影なし 造影あり
体重()kg

造影検査には3ヶ月以内のクレアチニンのデータが必ず必要です。血液検査の結果もFAXをお願いします。

検査部位
(右・左・両)

結果搬送方法

画像のみ持ち帰り 画像・レポートともに後日郵送

貴院での次回診察日

月 日 予定

確認事項

妊娠の可能性 有り 無し

彩都友絢会病院受診歴 有り 無し

臨床診断名・現病歴

※別紙添付 可

※CT検査では、体内にペースメーカー/除細動器が植え込まれた患者様の場合には、ペースメーカー部分を避けた撮影となりますことをご了承ください。

検査目的・知りたい画像情報・目標部位

※別紙添付 可

・太線枠内のすべてをご記入下さい。

※主治医の先生へ 検査当日は、保険証、検査費用、予約書持参で30分前に来院して頂くようにお伝え下さい。

・この用紙の1枚目をFAXして頂き、2枚目を患者様の予約書としてお渡し下さい。

予約書 患者様控え

フリガナ	性別	ご紹介施設名	病院・クリニック 医院・診療所
患者氏名	男・女	ご紹介医師名	連絡先 TEL() -
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳	ご紹介診療科	科 外来・入院 階

検査予定日時	年 月 日 時 分	※検査当日は検査予定日時の30分前にお越し下さい (検査前に説明・問診を行います)
--------	-----------	--

検査の時刻に遅れられますと、お日にちを変更して頂く場合もございますのでご注意ください。

- 検査の都合上、必ず検査予定日時の**30分前に保険証、検査費用、この予約書**をもって彩都友誼会病院 1階総合受付にお越しください。また当院はご紹介いただいた施設とは別の**医療機関**です。初診・再診に関わらず、保険証を必ずお持ち下さい。**労災保険・交通事故**での検査は一般保険証が使用出来ませんので、事前にお問い合わせください。
- 事情により予約を取り消される場合や、検査当日に急用、体調不良で**来院できない場合は早めに連絡**ください。
- 下記の**注意事項を必ずお読み**ください。ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせください。

問い合わせ 彩都友誼会病院 放射線部受付 電話 072-641-5898

検査注意事項(必ずお読みください)

CT検査について

- 飲み物は普段どおりにお摂りください。
- 腹部以外の検査を受けられる方は普段どおりの食事をお摂りください。
- 腹部の検査を受けられる方は、検査の**5時間前から絶食**をお願いします。
- 造影剤を使用する場合、副作用のために稀にかゆみ、蕁麻疹が出る場合があります。また、ごく稀に強い症状が出る場合がありますが、その際にはそれに応じて適切な処置を実施いたします。



モノレール彩都線 彩都西駅より徒歩5分

・検査当日は**保険証、検査費用、この予約書**持参で**30分前**にお越し下さい。
小さいお子様連れでのご来院はご遠慮下さい。検査中に職員がお子様をお預かりすることはできません。