

CT 依頼票 兼 診療情報提供書

< 阪南市民病院 放射線室 >

至急の場合、
しを入れて下さい。

医療機関名：

依頼医師：

先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)	男 女 才 様	生年月日 大正・昭和 平成・令和	年	月	日
--------------------	------------------	------------------------	---	---	---

希望日をご記入下さい。

第1希望： 年 月 日 () 午前・午後

第2希望： 年 月 日 () 午前・午後

第3希望： 年 月 日 () 午前・午後

希望なし：(直近をご案内します)

検査方法:いずれかに○をつけて下さい

単純	造影	おまかせ ※当院で単純、造影検査の判断をいたします
	※造影・おまかせ検査は、事前に造影剤同意書・採血データ(腎機能)が必要です。 糖尿病薬の服薬 無・有()	

ご依頼理由(病歴・主な病状など)
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

頭部：頭部ルーチン・副鼻腔・内耳・その他 ()

頸部：頸部ルーチン・その他 ()

胸部：胸部ルーチン・胸部ルーチン+肋骨・その他 ()

腹部：腹部ルーチン・その他 ()

胸腹部：胸腹部ルーチン・その他 ()

その他： ()

注意事項

CT 検査を受ける患者さまへ (検査当日までにお読みください。)



- ・保険証を必ずご持参の上、予定時間の 10 分前までにご来院ください。
- ・検査時間に遅れる場合や変更、中止される場合は必ずご連絡ください。
- ・検査時間は検査部位によって異なりますが、約 10～40 分程度かかりますので、検査前には排尿、排便をすませておいてください。
- ・検査の際は、所定の検査衣に着替えていただくことがあります。
金属は検査のさまたげになる場合がありますので、金属のついた服や下着、貴金属などはずしていただくことがあります。
- ・検査中は体を動かさないでください。
- ・検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますのでご安心ください。
- ・心臓ペースメーカーや植込み型除細動器 (ICD) を挿入されている患者さまは、機種の確認が必要です。ペースメーカー手帳をお持ちください。
- ・当院では、植込み型除細動器 (ICD) を挿入されている患者さまは、胸部 CT 検査を受ける事ができませんが、それ以外の撮影は検査可能です。

造影 CT 検査を受けるにあたって (造影 CT 検査を受ける患者さまのみ)

- ・造影剤は、検査する部位 (臓器) をより詳しく調べる目的で使用する薬です。
- ・造影剤で気分が悪くなった場合はお知らせください。
- ・検査当日の食事について予約時間の 4 時間前から食事をとらないで下さい。
(水やお茶などの水分はお飲みいただいて結構です。)
- ・服用中のお薬については、医師の指示がない限り、通常通り服用してください。
- ・造影剤は尿として排泄されます。排泄を促進させるため、水分 (お茶、お水、ジュース等) を多めにお取りください。なお、水分を制限されている方はお知らせください。
- ・検査終了後、数時間から数日後に、頭痛、はきけ、かゆみ、じん麻疹などの症状があらわれることがあります。何か症状が見られましたら病院にご連絡ください。

社会医療法人生長会 阪南市民病院
電話 072-471-3321