

## 診療情報提供書（兼 CT 検査依頼票）

電話予約後、この用紙は紹介医療機関でご記入して F A X をお願い致します。

紹介医療機関にて予約

紹介医療機関 医療法人 三誠会 川口誠和病院 担当医殿 予約日 年 月 日 時 分

フリガナ 性別 生年月日 T・S・H

患者氏名 男・女 年 月 日

(日中繋がる連絡先)

〒

患者住所

紹介元医療機関名

担当医師名

事故・労災の場合は予約時にお知らせください。

造影剤 無 ・ 有

造影剤有の場合、検査データの FAX をお願い致します。

検査日 年 月 日 Cr 値: [mg/dl] e G F R [ml/min] 体重 kg

CT 用の造影剤同意書が別のファイルにありますのでご説明とご署名をお願い致します。

傷病名・紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方などお願い致します。

頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤	整形部位	
副鼻腔	甲状腺	乳腺 (造影必須)	肝胆膵腎	前立腺	頸椎	肋骨 3D
眼窩	唾液腺			膀胱	胸椎	肩関節 (右・左)
下垂体	耳下腺			子宮・卵巣	腰椎	股関節 (右・左)
ウィリス 動脈輪 3D	総頸動脈 3D		腹部 大動脈 3D	総腸骨動脈 3D	手関節 (右・左)	膝関節 (右・左)
その他部位:					肘関節 (右・左)	足関節 (右・左)

下記のご確認をお願い致します。

・糖尿病の薬を服用 有 ・ 無 有の場合、薬名 ( )

造影検査をされる方でビグアナイド系糖尿病薬内服の場合は検査日の前後 2 日間ずつの服用は禁止 (検査日を含めて 5 日間) です。主治医とご相談ください。患者様にも糖尿病の薬の服用についてご説明をお願い致します。

・妊婦中の方は検査出来ません。

## 予約票 この用紙は氏名・予約日時をご記入の上、患者様にお渡しください

フリガナ	予約日時	年	月	日
患者氏名		時	分	

予約時間の30分前に川口誠和病院1階受付へお越しください。

### CT 検査について

狭い筒状の装置の中に頭部又は足部から入り、X線管球と放射線検出器が体の周りを回転しながら断層像を作ります。その断層像を重ね合わせて3次元画像を作ることも出来ます。通常の検査時間は数分で終了いたしますが、3次元画像を再構成する場合は少しお時間を頂く場合がございます。

また、撮像部位によっては呼吸の指示が出ますので指示に従って呼吸をして下さい。呼吸の指示は当日説明しますのでご安心ください。

### 造影剤を使用する方へ

- ・検査中にヨード造影剤を静脈注射します。
- ・午前の検査は朝食を午後の検査は昼食を取らないで下さい。
- ・造影剤注入中は体が熱くなる事がありますが驚かないで下さい。
- ・造影剤により副作用を生じることがあります。症状として吐き気、くしゃみ、あくび、発疹、めまい、血圧低下などで殆どの場合は一過性の軽微なものですが、まれに重度の副作用が出現します。検査中で体に異常を感じた際は担当の看護師、放射線技師にお申し出ください。また、検査終了後は医師、看護師、放射線技師にお申し出ください。

### その他

- ・妊娠中の方は検査出来ません。主治医とご相談してください。
- ・膀胱検査は検査前に排尿しないで下さい。
- ・常用薬はいつも通りに服用してください。
- ・糖尿病の方は当日のお食事、お薬について主治医にご相談下さい
- ・主訴や症状などにより追加の検査・処置が必要になることがあります。
- ・予約時間に来院出来ない時や検査日の予約を変更、キャンセルされる方はお早めにご連絡してください。
- ・救急患者様を優先することがありますのであらかじめご了承ください。