

記入後コピーの上、1枚はFAX後に貴施設で保管してください。1枚は患者様持参をお願いします。

FAX送信先:075-950-5753

問い合わせ等TEL:075-950-5751

## 診療情報提供書(CT検査依頼書)

医療法人財団 康生会

梶井町放射線診断科クリニック 担当医 宛

紹介元医療機関名

診療科・医師名

連絡が取れる電話番号(内線番号・PHSなど)

⑩ ( ) -

年 月 日 ( 曜日) 時 分までにご来院下さい。

検査開始は30分後の 時 分を予定しています。

### 患者様情報

ふりがな	貴院ID:
氏名	様 性別 男・女
生年月日	年 月 日 ( 歳)

住所 (〒 - )	
電話番号: - -	すぐに連絡の取れる所・携帯電話: - -

<b>検査部位</b>	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 関節・四肢(みぎ・ひだり・両側)
<input type="checkbox"/> 頭部(脳)	<input type="checkbox"/> 胸部	(肩・肘・手関節・股関節・膝・足関節)
<input type="checkbox"/> 頭部(脳以外)	<input type="checkbox"/> 上腹部(主に肝胆膵腎評価)	(その他: )
<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 中耳・内耳	<input type="checkbox"/> 下腹部(主に骨盤内臓器評価)	<input type="checkbox"/> その他の場合は具体的に記入を
<input type="checkbox"/> 顔面外傷	(コメント: )	( )
<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)	

臨床診断・経過・依頼情報	次回診察日時:	感染症:	造影
			<input checked="" type="checkbox"/> 不要 ※造影検査は実施していません

### チェック項目(必ずチェック)

① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
② 現在、妊娠中である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> わからない(妊娠の可能性あり)	

画像返送方法(複数選択可)	<input type="checkbox"/> フィルム(患者様持ち帰り) <input type="checkbox"/> CD-R(DICOM) <input type="checkbox"/> オンライン
---------------	--

画像 CD-R 返送方法	<input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 次回受診日までにレポートと共に郵送 <input type="checkbox"/> 不要(オンライン)
--------------	--

診断レポート返送方法	<input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 左に加えFAX要(番号: )
------------	--

オンライン画像/レポート返送について	オンラインでの参照にはユーザー登録等が必要です。お問い合わせください。
--------------------	-------------------------------------

※患者様持ち帰りの場合、検査後30分程度のお時間がかかります。

記入後患者様にお渡しください。

## CT検査予約表

検査当日は、必ずご来院日時記載の時間までに  
梶井町放射線診断科クリニック 受付までお越し下さい。

ご来院時間に遅れて来られた場合、検査時間を短縮する必要が生じたり、場合によっては検査時間や検査日を変更していただく場合がございます。よりよい検査のためにご協力をお願いします。

年	月	日 ( 曜日 )	時	分	までにご来院下さい。
↳ 検査開始は30分後の			時	分	を予定しています。

### 患者様情報

ふりがな	貴院ID:
氏名	様 性別 男・女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )

### 当日ご持参いただくもの

- CT検査予約表(本紙)
- 主治医から預かった書類、フィルム・CD等一式
- 健康保険証・各種受給証【※他施設で提出済でも、必ずご持参下さい。】

### 検査の注意事項

※よりよい検査のために、下記の注意事項にご協力下さい。

#### ◎ご来院について

- ・この用紙をご来院日時に記載の時間までに受付にお出し下さい。
- ・万が一、ご来院日時記載の時間に来院できない場合は、なるべく早く **075-950-5751** までご連絡下さい。
- ・当日のキャンセルは極力ご遠慮下さい。

#### ◎当日の諸注意

- ・腹部の検査の方は、検査前3時間は絶食して下さい。

【 カロリーのないお茶や水は飲んでいただいて結構です。】

脊椎の検査は絶食の必要はございません。

- ・膀胱(ぼうこう)の検査の方は、検査2時間前の排尿はお避け下さい。
- ・検査の都合により検査開始時間が若干遅れる場合がありますのでご了承下さい。