

CT 検査予約申込書

済生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 宛
[→ 放射線部 行]

FAX番号…0948-22-3859
電話番号…0948-22-3804(地域医療連携室直通)
…0948-22-3740(代表)放射線部(内線1400)

フリガナ		男	生	明・昭	年	月	日
患者氏名		女	年	大・平			
住所		TEL	-	-			
保険区分	健(本) 健(家) 日(本) 日(家) 国(本) 国(家) 退(本) 退(家) 生保 労災						
いずれかに○	自費 自賠 乳児 障害 ひとり親 前期高齢 (割負担) 後期高齢 (割負担)						
保険者番号	記号	番号	公費負担番号 (老人保健含)				
送迎サービス	希望しない	希望する (行き	帰り)				

予約日	平成 年 月 日 (曜日)	時 分	画像提供方法
			CD・フィルム

撮影区分	単純・造影	造影検査の際は3か月以内の腎機能データを右欄にご記入ください。	検査日	年 月 日
			数値	BUN Cre

検査部位 1カ所を選び○で囲んでください							
頭部	頸部	胸部	上腹部	骨盤部	頸部～胸部	頸部～上腹部	頸部～骨盤部
胸部～上腹部	胸部～骨盤部	上腹部～骨盤部	上肢	下肢	脊椎		

診断名	
検査目的	
主治医氏名	

紹介元医療機関	TEL
	FAX

検査当日の注意事項

- 造影CT検査は、ビグアナイド系糖尿病薬の内服を検査前後48時間中止してください。
- 検査当日、腹部領域・造影検査の場合は検査前4時間は絶食です。また、MRCP(胆管膵管の映像検査)の場合は飲水も禁止です。
- 来院された患者様に問診した後、検査内容の同意書に署名をいただき、検査を実施します。
- 検査後、会計を済ませてお帰りいただきます。