

CT検査依頼書 患者さまご案内

① 紹介患者様用

記載日 年 月 日

依頼される先生方へ

- ※ 検査は総て予約制です。予約完了時に予約検査日時をご記入下さい。
- ※ 1枚目を患者様にお渡し下さい。
- ※ 2枚目の診療情報提供書兼検査依頼書の記入(造影時チェック項目)もお願いします。
- ※ 3枚目が紹介元医療機関用控えです。

① 予約検査日時

年 月 日 時 分

※予約時間の**40分前**までには当院受け付けをお願いします。
造影または一任の場合は60分前(問診・説明・同意書等のため)

フリガナ
氏名

様
男
女

体重
Kg

生年月日 MTSH

年 月 日 歳

コピー希望
無・CD・Film

紹介元
医療機関

依頼者名

TEL -

紹介先医療機関

社会医療法人 黎明会 宇城総合病院 Tel. 0964-32-3111

- ★ 次の患者様については、① 以前造影剤副作用があった方(造影CT) ② 人工透析を受けている方(造影CT)
予約前にご相談下さい。③ 腎機能が低下している方(造影CT) ④ 妊娠中の方の腹部CT

※ビグアナイド系糖尿病薬服用の方は**造影CT**前2日間の休薬をお願いします。

この用紙(1枚目)は患者様にお渡し下さい

【CT検査を受けられる患者様へ】

ベッドに横になったまま、丸い穴の中に体ごと入って検査をします
造影検査を受けられる方は直前の食事を抜いて下さい。緑茶や水はかまいません。
造影剤注入時に体が熱く感じるがありますが、正常な反応で心配りません。
もしも、吐き気など身体の異状を感じたなら、すぐに伝えて下さい。

造影後は水分を十分摂取して下さい。



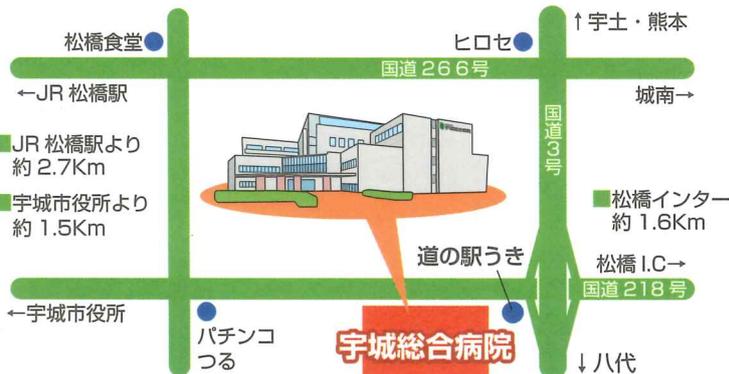
胸腹部CT検査時に検査部位からはずして頂く物

ベルト、ネックレス、金具付き下着など(金属からのノイズが画像を劣化させるため)



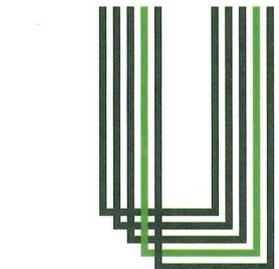
※検査衣を準備しております

ご案内周辺地図



※ 時間に余裕を持ち、気をつけてご来院下さい。
検査に遅れたり、キャンセルされる場合早めのご連絡をお願いします。

① 紹介患者さまご案内



社会医療法人 黎明会
宇城総合病院

〒869-0532 宇城市松橋町久具 691 番地
Tel. 0964-32-3111(代表)

CT検査依頼書兼診療情報提供書

② 宇城総合病院用

記載日 年 月 日

② 予約検査日時

年 月 日 時 分

依頼される先生方へ

- ※ 検査は総て予約制です。予約完了時に予約検査日時をご記入下さい。
- ※ 1枚目を患者様にお渡し下さい。
- ※ 2枚目の診療情報提供書兼検査依頼書の記入(造影時チェック項目)もお願いします。
- ※ 3枚目が紹介元医療機関用控えです。

※宇城総合病院使用欄

ID

フリガナ
氏名

様
男
女

体重

Kg

生年月日 MTSH

年 月 日 歳

コピー希望
無・CD・Film

紹介元
医療機関

依頼者名

紹介先医療機関

社会医療法人 黎明会 宇城総合病院 Tel. 0964-32-3111

この用紙(2枚目)は宇城総合病院宛ての診療情報提供書を兼ねています。

【臨床診断】

【チェック項目】造影またはその可能性がある場合のみ

HBs (+・-) 喘息アレルギー (+・-)
HCV (+・-) 薬剤アレルギー (+・-)
腎機能障害(+・-) クレアチニン(mg/dL)

【現病歴・主要検査所見】

【検査部位・内容】

単純・造影

脳・骨条件
まで

副鼻腔・顔面

頸部・頸椎

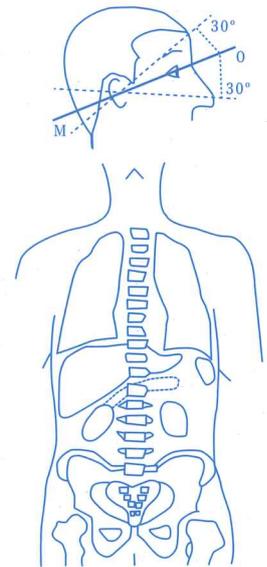
胸部

上腹部

肝・胆・膵・腎

骨盤部

関節
骨条件まで

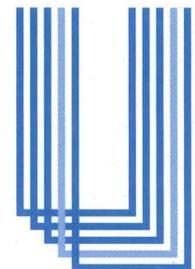


【目的】

精密検査・経過観察・治療判定
・その他

【希望・注意事項】

ご案内周辺地図



社会医療法人 黎明会

宇城総合病院

〒869-0532 宇城市松橋町久具 691 番地
Tel. 0964-32-3111(代表)