

CT検査予約票

病院・医院名	CT検査予定日は	年	月	日	
患者様氏名	今回のあなたの検査は	(午前)	時	分です	
		(午後)			
性別	・頭部	・頸部	・胸部	・心臓	・腹部骨盤部
生年月日	・椎体(頸、胸、腰)	その他()			
新・再診	ADL (歩行・車イス・ストレッチャー)	・動脈(部位)		単純 造影	CTです
		・静脈(部位)			
		・シヤント(部位)			

- ① 頭部、頸部、胸部、椎体その他の単純CTを受けられる方へ。
○通常の食事をとっていただいて結構です。
- ② 腹部骨盤部単純CTを受けられる方へ
○検査日時の5時間前より飲食はひかえてください。また、1時間前より排尿を控えてください。
- ③ 造影CTを受けられる方へ
○検査日時の5時間前より飲食はひかえてください(★)。
○腹部骨盤部を撮る方は1時間前より排尿を控えてください。
○造影剤問診表、同意書を記入の上必ず御持参ください。
○透析療法を受けている方は、検査終了後、透析加療が望ましいです。
(ただし造影剤の量によります。)
(★) 腹部骨盤部以外の造影CTを受けられる方は、軽い飲食は構いませんが、まれに造影剤や緊張等による気分不良のため、嘔吐する場合がありますので、出来るだけひかえることが望ましいです。

検査当日の指示

- ※ 検査予約の15分前にはご来院ください。
- ※ 予約時間に遅れますと順番が後回しになったり、場合によっては検査が受けられない場合がありますのでご注意ください。
- ※ ご来院できない場合には必ず下記の方へご連絡ください。
- ※ 検査の際、金属類(イヤリング、眼鏡、ピアス、ブローチ、金属製のボタン等)など、はずしていただく場合がありますのでご了承ください。
- ※ 緊急の患者さんや予期せぬ事柄の場合、検査時間が遅れることがありますのでご了承ください。
- ※ 妊娠中の方や、妊娠の可能性のある方は検査前に主治医とご相談のうえ担当放射線技師にお申し出下さい。



医療法人 翠悠会

(TEL 0744-26-2222, FAX 0744-25-4957)

奈良県橿原市葛本町676-1

64列CT検査依頼書

(FAX送信用紙)

病院・医院名		CT検査日		年	月	日
患者様氏名				(午前)	時	分
性別		撮影部位		撮影技師 ()		
生年月日		・頭部 ・頸部 ・胸部 ・心臓 ・腹部骨盤部				
新・再診		ADL (歩行 ・車イス ・ストレッチャー)		・椎体(頸、胸、腰) その他()		
臨床経過 (診断・検査目的)		(所見 要 ・ 否)		・動脈(部位)		
				・静脈(部位)		
				・シヤント(部位)		
		返信先病院・医院名		造影剤使用の場合、同意書お願いします。		
		担当医		先生		
		TEL		FAX		
感染症の有無 (Syphilis, HBsAg, HCV, MRSA) (無)						

検査予約: 医療法人翠悠会 奈良県橿原市葛本町676-1 TEL 0744-26-2222 FAX 0744-25-4957