

紹介先

姫路中央病院

--	--	--	--	--	--	--	--

診療情報提供書 (MRI・CT)

地域連携室
 電話番号 079-235-7353
 FAX 079-233-0854

フリガナ				
患者氏名		様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話番号 079-235-7375 FAX 079-235-7377
生年月日	年	月	日	歳 希望日時
電話番号	自宅	-	-	
	携帯	-	-	

〈ご依頼内容・経過情報〉 (該当する全てに☑チェックして下さい)

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 *病院に入院中の患者様は、保険診療対象外となります。 <input type="checkbox"/> 自由診療
検査種別	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影 *造影のご希望であっても、問診票記入事項の内容などによっては、当院医師の判断により、造影撮影が行えない場合がございます。
撮影部位 (該当全てに)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 大血管(心臓は除く) () <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊柱 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢・関節 () <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的 臨床経過など (具体的に)	
*ビグアナイド系糖尿病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です	
「注意」 *CT造影検査においてeGFR値が必要です	
*心臓ペースメーカー・除細動器のMRI・CT(胸部)検査は原則禁忌です	

〈患者情報 治療歴〉

感染歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV
-----	--

〈検査結果〉

画像 (CD-R)	<input type="checkbox"/> 要 (<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り) <input type="checkbox"/> 不要	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 *読影レポートは、後日、郵送とさせていただきます。
-----------	---	----	---

紹介元医療機関名 (所在地、名称、TEL)

〒	-	年	月	日
住所		診療科名	_____	
名称	_____			
電話	_____		医師氏名	_____

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

CT検査を受けられる方へ

患者番号： _____

_____ 様

あなたの検査日時は、 _____ から の予定です。

検査当日は、予約時間の30分前に受付を済ませて下さい。

遅れますと検査が出来ないことがあります。

※緊急対応、検査内容などにより、検査が予約時間より遅れることがありますので、ご了承ください。

また、万が一故障などの場合は日を改めてお越し頂くことがありますので、ご了承ください。

CT検査とは、CT装置の中心にある大きな穴に体を入れて、エックス線をあて、体の中の様子をコンピュータで処理し画像化する検査です。主に体の輪切りの写真が撮影できます。



《検査を受けられる患者様へ》

あなたの検査の予約は上記の通りです。

以下の注意事項をお読み頂いて、検査のご協力いただきますようお願いいたします。

《注意事項》

- 当日の服装はボディースーツや金属様の飾りのある服はさけて下さい。
湿布、カイロ、エレクトロニクス等は検査前に外して下さい。
- ペースメーカーや除細動器を装着されている方は、必ず申し出て下さい。
- 妊娠中及び妊娠の可能性のある方はお申し出て下さい。
- 食事について
□ 食事は摂ってもかまいません。
□ 時から絶食して下さい。水分はとって下さい。
- 糖尿病で絶食の方は低血糖予防のため糖尿病の薬は内服しないで下さい。
インスリンの注射もしないで下さい。
高血圧・心臓病・抗けいれん剤・その他必要な薬は必ず
検査当日の朝6時までには内服して下さい。

《検査中のお願い》

- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないで下さい。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、ご安心下さい。

都合により来院出来ない場合、又は不明な点がありましたら
予約いただいた診療科にPM2：00～PM5：00の間にご連絡下さい。

医療法人 公仁会 姫路中央病院
〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2-36
TEL：(079)-235-7331(代)

発行部署 放射線科