

CT検査予約票

◇ 図 内 案 ◇

☆☆あなたの検査は 平成 年 月 日 (曜日) 時 分からです。☆☆

患者氏名 (フリガナ)	性 別	生年月日	T	年	月	日
			S	年	月	日
	男・女		H	年	月	日 歳

CT検査を受けられる方へ 注 意 事 項

1. 検査当日は、予約時刻の 20分前までに本票と診療情報提供書と保険証を持って本棟正面玄関受付にご来院下さい。
尚、急患等の為、多少検査時刻が前後する事がありますので予めご了承下さい。

2. 検査は20分程度で終わりますが、事前に排尿・排便を済ませておいて下さい。

3. 造影検査を受ける患者さんへ

…検査当日の食事について…

午前の検査の方……朝食をとらないでください。

午後の検査の方……昼食をとらないでください。

(水やお茶などの水分はお飲みいただいて結構です。)

4. 次に該当する方は事前に必ず申し出て下さい。

※以前造影剤を使った検査で、具合が悪くなったことがある方。

※本人または兄弟・両親がぜんそくの方。

※食べ物アレルギーや薬アレルギー、花粉症、アトピー体質の方。

※妊娠または妊娠している可能性がある方。

5. 事情により来院できなくなった、又は予約変更の方は、なるべく早めに下記にご連絡下さい。

6. その他ご不明な点がございましたら、担当スタッフにお尋ね下さい。

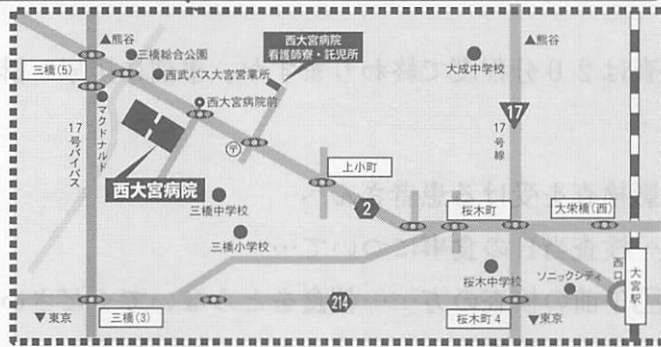
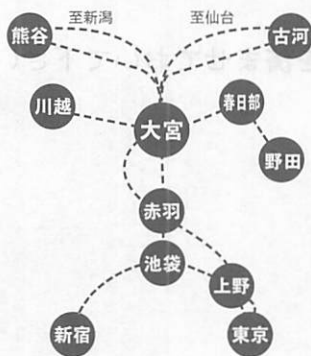
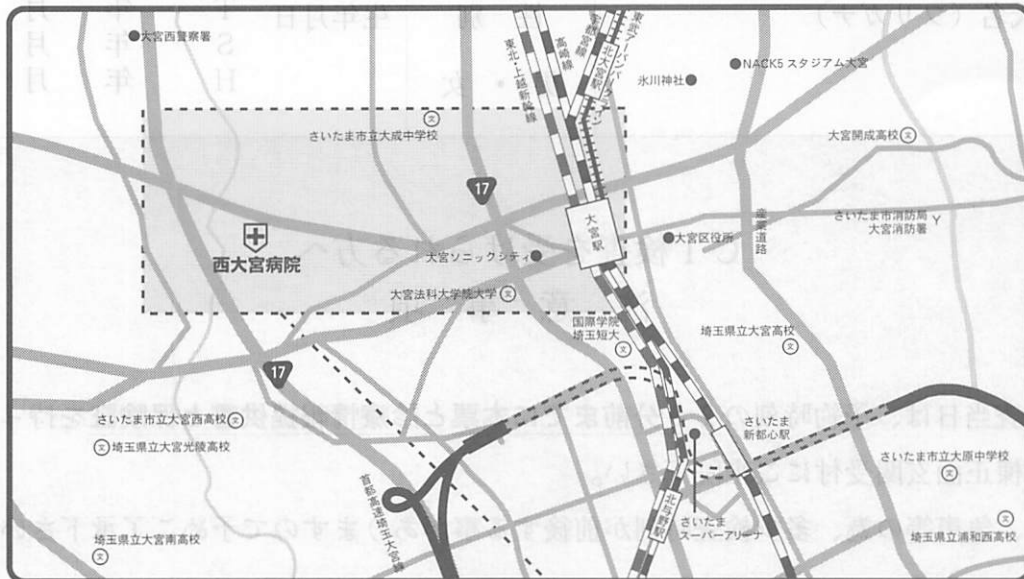
西大宮病院 放射線科

☎ 048 (640) 2251 (直通)

FAX 048 (640) 2252 (直通)

<http://www.nishiohmiya-hp.com>

◇案内図◇



バスをご利用の方
 大宮駅西口バスターミナル4番・5番乗り場
 ●西武車庫前下車 徒歩2分



車をご利用の方(有料駐車場有り)
 ●国道17号バイパス三橋5丁目交差点右折、
 2つ目の信号右折
 ●大宮駅から、県道2号(旧16号線)を
 川越方向へ向かう(約2km)

◎有料駐車場完備

○交通機関(いずれも西武バス) 大22、大23、大25

大宮駅西口バスターミナルより4・5番乗り場(三橋一丁目経由)

<p>大22 本川越駅行 西遊馬行 西武車庫前行</p> <p>大25 佐知川原行</p>	<p>西武車庫前・ 西大宮病院前下車 " " " "</p>	<p>} 徒歩2分</p>
---	---	---------------

(4・5番乗り場より発車しております)

CT検査依頼書（診療情報提供書）

検査申し込み年月日 平成 年 月 日（ 曜日） 時 分						
患者氏名（フリガナ）			性別 男・女	生年月日	T S H	年 月 日 年 月 日 年 月 日 歳
貴病院名	診療科目	申し込み医師名		連絡先TEL		
臨床診断名						
撮影部位（見たい希望部位）及び通信欄						
※下記項目のチェックをお願いいたします。						
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 副腎疾患					
<input type="checkbox"/> ヨードアレルギー	<input type="checkbox"/> 呼吸不全					
<input type="checkbox"/> 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 妊娠					

造影剤使用の有無 有 ・ 無

『有』の場合血清クレアチニンの値の記入を必ずお願いします。

血清クレアチニン値（ ）mg/dl

造影検査依頼の場合であっても、高度腎障害・喘息治療中・
造影剤アレルギー歴がある方には造影剤の使用は出来ません。

◎ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

西大宮病院 放射線科
☎ 048 (640) 2251 (直通)
FAX 048 (640) 2252 (直通)
<http://www.nishiohmiya-hp.com>