

CT 検査予約票

あなたの検査は 西暦 年 月 日 (曜日) 時 分からです。

フリガナ	性別	生年月日 (西暦)
患者氏名	男・女	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、予約時間の 20 分前までに本票と検査依頼票を持って本棟受付にご来院下さい。
- 2、 検査は約 20 分程度で終わりますが、特に指示がない場合は事前に排尿・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・・・朝食をとらないで下さい。
 午後の検査の方・・・昼食をとらないで下さい。
(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。

※以前に造影剤を使った検査で、具合が悪くなった事がある方。 ※現在、喘息にて治療中の方。 ※食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のある方。 ※造影検査を受ける方で、糖尿病薬を飲まれている方。

- 5、 事情により来院できなくなった場合、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ありましたら、担当スタッフにお尋ね下さい。

西大宮病院 放射線科

TEL 048 (640) 2251 (直通)

FAX 048 (640) 2252 (直通)

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

CT検査依頼書

検査申し込み年月日(西暦)		年	月	日(曜日)	時	分
フリガナ		性別		生年月日(西暦)		
患者氏名		男・女		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致します。 <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 ※造影検査を依頼される場合は、必ず「造影剤検査同意書」の記入をお願いします。 尚、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

TEL 048 (640) 2251 (直通)

FAX 048 (640) 2252 (直通)

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