

CT 検査依頼票

依頼施設名	TEL () -					
	FAX () -					
依頼医師						
予約日時令和	年	月	日	午前	時	分

ID : _____

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
連絡先 () -		
身長 cm 体重 kg	体内金属 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
ペースメーカー・除細動器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

検査部位						
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部	
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 骨盤		
<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節	
<input type="checkbox"/> 手部	<input type="checkbox"/> 足部	→	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両側	
<input type="checkbox"/> その他 ()						

病歴（主症状・検査所見）検査目的
診察 <input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日 画像出力方法 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム



医療法人 仁医会

あいちリハビリテーション病院

AICHI REHABILITATION HOSPITAL

CT 検査予約票（患者様用）

様

月 日（ ） 午前 時 分から

検査を開始しますので **20 分前**までにご来院下さい。
検査前に診察があります。検査時間は約 20 分です。
検査終了後に画像データをお渡しします。

（注意事項）

1. 妊娠中、または妊娠をしている可能性のある方は、必ず検査前にお申し出下さい。
2. 服用中のお薬は、医師の指示がない限り、通常通り服用して下さい。
3. 検査開始時間はあくまで目安です。当院にはご予約の患者さんの他に様々な患者さんがいらっしゃいます。中には急を要する方も居ますので、当日の検査状況によって検査開始時間が前後する事がありますので、ご了承下さい。
4. 事情によりご来院できない場合は、お早めにご連絡下さい。
5. 検査前に必要に応じて着替えをして頂きますが、なるべく貴金属の装飾品を身につけず、金属のない下着を着用してお越し下さい。

検査の際には特に以下の事に気をつけて下さい

【頭部検査の方へ】

ピアス・イヤリング・ヘアピン
入れ歯・補聴器・ネックレス等

【胸部・腹部検査の方へ】

ブラジャー・キャミソール・ネックレス
ファスナー・金属のボタン等

6. ペースメーカーを装着されている方は、検査が出来ない場合がありますので、事前に申し出るようお願いいたします。
7. **腹部 CT 検査**を受けられる方は、当日検査終了まで、水とお茶以外は口にしないで下さい。

検査当日に持参して頂くもの
保険証、医療受給者証、限度額認定証など

※検査当日は、この用紙をよく読んでから、1F 受付にお出し下さい。



医療法人 仁医会

あいちリハビリテーション病院

AICHI REHABILITATION HOSPITAL

連絡先 TEL : (0563) 52-9001

住所 : 西尾市江原町西柄 1-1