

診療情報提供書 兼 CT撮影依頼書

<紹介先>

医療法人医徳会 真壁病院

担当医先生 宛

年 月 日

電話番号 0225-82-7211

FAX番号 0225-82-7149

<ご紹介元>

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

⑩

予約日時	年	月	日	時	分
------	---	---	---	---	---

カナ		男 ・ 女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
患者氏名				
住所	〒		電話番号	
体重	k g	移動	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	

診断名	
撮影目的 病状 及び 治療経過	

検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 心臓 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部 ・ 骨盤部 (右/左) 肩関節 ・ (右/左) 股関節 ・ (右/左) 膝関節 ・ その他 ()
造影	無 ・ 有 (右記記載ください) → CRE mg/d l eGFR ml/min/1.73m ² ビグアナイド系糖尿病薬の服用 無 ・ 有 (服用 時間前)
読影	希望しない ・ 希望する
その他	

本書を記載後、上記FAX番号へご送信ください。

CT撮影について（患者様用）

患者氏名	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
予約日時	年 月 日 時 分 ※予約時間の30分前迄に受付をお願いします。	
撮影 医療機関	医療法人医徳会 真壁病院 住 所：宮城県東松島市矢本字鹿石前109-4 電話番号：0225-82-7111	

CT撮影とは？

CT撮影は、トンネルの中に身体を入れ、X線を利用して断面像を撮影します。身体の断面像を細かく撮影することができ、病変の診断に大変役立ちます。

CT撮影の注意事項

- ・高校生以下の方は、保護者同伴をお願いいたします。
- ・閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。撮影できない場合があります。
- ・心臓ペースメーカーが入っている方は検査ができない場合があります。

予約～当日の注意事項

- ・予約日時を変更したい場合や予約をキャンセルしたい場合、真壁病院放射線室(0225-82-7211)までご連絡ください。(受付時間 平日 9時～17時 第2・4土曜日 9時～12時)
- ・撮影当日は、次のものをご持参ください。
保険証、紹介状、CT撮影について(本書)
- ・撮影予約時間の30分前には受付をお済ませください。
- ・腹部撮影又は造影撮影をおこなう場合、午前中に撮影をされる方は朝食を摂らないでください。また午後に撮影をされる方は、昼食を摂らないでください。
- ・なお、腹部撮影と造影撮影以外の方は、食事に制限はありません。

受付後～撮影中の注意事項

- ・撮影前に検査着に着替えていただく場合がございます。
また、金属性のものは外していただきます。
- ・撮影時間は、撮影部位により異なります15～60分程度かかります。
撮影中は、『ゴン・ゴン』と大きな音がします。正常な撮影音ですのでご了承ください。
撮影中に身体が動くと言像が乱れてしまいます。できるだけ動かないようにお願いします。

ご不明な点や心配なことがありましたら真壁病院放射線室(0225-82-7211)までお問い合わせください。