

申込日 平成 年 月 日

医療法人 恵仁会 田中病院 CT 検査申込書 (兼診療情報提供書)

FAX 072-632-7917

検査予約日時 平成 年 月 日 () 時 分

フリガナ			生年月日	
氏名		男・女	明・大	年 月 日
			昭・平	(歳)
住所	〒			
電話番号				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
身長・体重	cm kg	合併症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酸素	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 0	
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> 他			

撮影部位	<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"/> その他 詳細:			

撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影: <input type="checkbox"/> 通常造影 <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> ダイナミック
------	---

血清 Cr 値 (造影検査必須事項)	検査日 年 月 日 (施行予定日から 1 ヶ月以内) mg/dl ※Cr 値の結果により、造影検査ができないことがあります。
-----------------------	--

現在までの経過・検査結果

※造影剤による副作用歴・1 年以内の喘息発作・1 年以内のてんかん、けいれん発作がみられた方は造影検査ができませんのでご確認し、該当なしの場合は該当なしにチェックを入れて下さい。(造影検査必須事項)

該当なし

紹介元 医療機関	医療機関名		
	住所		
	電話番号	TEL	FAX
	診療科・医師名	科 先生	
	取次部署・担当者名		

お問合せ先: 医療法人 恵仁会 田中病院 TEL:072-635-5831(代表) FAX:072-632-7917
ホームページ: <http://www.tanaka-hsp.or.jp/>

CT検査 説明書

様

CT検査について

- CT検査は、X線を利用して人体の断層画像を撮影する検査です。CT検査室の検査用ベッドに寝た状態で検査を行います。撮影自体には痛みを伴いませんが、他のレントゲン検査と同様に必要最低限の放射線被ばくを伴います。検査について不明な点がございましたら、医師や診療放射線技師（以下、技師）・看護師におたずねください。

注意（CT検査ができない人）

- ICD（植え込み型除細動器）と心臓ペースメーカー（メドトロニック社製 InSync8040型）を挿入されている方の胸部CTはできませんので医師もしくは技師・看護師に申し出てください。

食事制限にご注意ください いずれの方も飲水の制限はありません。

- 腹部の検査の方は朝食もしくは昼食の絶食が必要になります。看護師、技師より絶食の説明を行いますので、それに従ってください。

その他の注意点

- できるだけ、ボタン、金属類のない肌着を着るようにしてください。
- 検査の都合上、多少時間がずれることがあります。
- 糖尿病のお薬（グリコラン・メデット・メルビン・ネルビス・メトリオン・メトホルミン塩酸塩錠・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン錠ミタなど）を服用されている方は、検査前後の48時間は服用を中止しないとイケない為、内服されている方は医療者にお伝え下さい。

医療法人 恵仁会 田中病院