

(患者様用)

CT 検査を受けられる方

予約日時 : 月 日 () :

- (1) 造影剤使用により副作用がでることもありますので、前回造影剤を使用して副作用のあった方、アレルギー体質の方はあらかじめお申し出下さい。
- (2) きわめて稀ですが、造影剤使用后、体調不良になることがありますので、そのような場合には連絡をして下さい。
- (3) 造影剤を使用しない場合は食事制限はありません。ただし、腹部を検査する場合は(4)の造影検査と同じく食事をとらないで下さい。
- (4) 造影検査で、午前の方は朝食を、午後の方は昼食をとらないで下さい。200ml程度のお水、お茶は予約の1時間前までは飲んでもかまいません。
- (5) 検査は通常10分程度です。
- (6) 当日は脱ぎやすい服装で、金具のない下着を着用して下さい。
- (7) 緊急検査が入った場合、予約時間より遅れる場合もあります。
- (8) 検査予約日に来院出来ない時は、受診されている病(医)院までご連絡下さい。

検査当日は予約時間30分前にお越し下さい。

1. 1階 地域医療連携室にて受付登録をします。

保険証・紹介先で預かった書類をお出してください。

当院の診察券をお持ちの方はその際にお出してください。

2. 終了後 1階 放射線科受付までお越し下さい。

3. 検査室へご案内いたします。

JCHO 埼玉メディカルセンター 048-832-4951

(旧 埼玉社会保険病院)

単純CT検査依頼伝票

依頼施設名:

検査日: 年 月 日 () :

依頼医師名:

フリガナ

氏名:

生年月日: 昭和・平成 年 月 日 (年齢: 才)

性別: 男・女

※該当する項目に○をつけて下さい。

患者状態:	歩行	車椅子	ストレッチャー	ベット	
既往歴:	ペースメーカー		有	無	
	血液感染症 (B型肝炎・C型肝炎・HIVなど)		有	無	不明
その他:					

検査部位: 頭部 頸部 胸部 腹部(肝・胆・膵・腎) 骨盤
その他()

(診断情報提供書に記入していただければこの欄は空白で結構です。)

臨床診断と検査目的:

最近の画像データ(フィルム・CD)返却の有無: 有 無

お問い合わせ: JCHO埼玉メディカルセンター

TEL 048-832-4951 (放射線科 内線1150)

改訂:2017.8.15