

CT 検査予約票

氏名 _____ 様

検査予約日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前:午後 _____ 時 _____ 分

※ 予約時間 30 分前に来院し、受付に診察券・保険証を提示して下さい。

野上病院以外の病院からの方は、検査予約票と診療情報提供書を提示して下さい。

※ 検査結果の説明は 当日検査終了後に行います。

後日、診察時に行います。(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

※ 腹部を撮影する場合は食事制限があります。

午前の検査の場合 朝食は摂取しないでください。

午後の検査の場合 朝食を済ませてからは食べないでください。

※ 造影剤使用の検査の場合は食事制限があります。

午前の検査の場合 朝食は摂取しないでください。

午後の検査の場合 朝食を済ませてからは食べないでください。

※ 水分の制限はありません。

注意事項

CT 検査を受けられる方へ (必ずお読み下さい)

- ① 検査時間は、10分程度かかります。
- ② 緊急検査などで予定時間より遅れる場合がございます。ご了承ください。
- ③ 検査時間に遅れる場合は必ずご連絡ください。
- ④ 妊娠中または妊娠されている可能性のある方はお申し出ください。
- ⑤ 心臓ペースメーカーを使用されている方はペースメーカー手帳を持参してください。
- ⑥ 胸部・腹部の検査では、着替えていただく場合もあります。着替えやすい服装でお越しください。
- ⑦ 検査部位に金属がある場合は、外していただきます。
- ⑧ 予約日の変更を希望される方は、下記までお電話ください。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井 1-2-5 ☎ (072) 484-0007 (代) 内線 (1193)

依 頼 書

年 月 日

紹介先医療機関

医療法人 晴心会 野上病院
放射線部 担当医

電話：(072)484-0007 (内線1193)
FAX：(072)484-1949

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：
所在地：
電 話：
F A X：
医師氏名：

フリガナ		患者搬送	独歩・車椅子・ストレッチャー	
患者氏名	様	男・女	生年月日 年 月 日 () 歳	
検査日時	年 月 日 ()		午前・午後	時 分
紹介目的 (傷病名・症状・治療経過および検査結果)				
※感染症	HCV抗体定性 (+ -)	HBs抗原 (+ -)	結核 (+ -)	
	COVID-19 (+ -)	感染症に関する検査の実施 (有 無)		
C T (単純・単純+造影)		M R I (単純・単純+造影・MRCP)		
検査部位		検査部位		
頭部 副鼻腔 脳血管 (3D-C T A) 頸部 胸部 胸腹部 (胸～骨盤腔) 腹部 (肝・胆・膵・腎・骨盤腔) 肝 (3相) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 四肢 () (R・L)		頭部 (MRI+MRA) 頭部 (MRIのみ) 頸部 (MRA) 頸部 (MRI) 眼窩部 副鼻腔 肩関節 (R・L) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 骨盤 股関節 四肢 () (R・L) 腹部 (肝・胆・膵・腎) MRCP 骨盤腔 (婦人科・前立腺)		
備考 (撮影詳細・検査部位など)				