CT 検査　診療情報提供書

FAX　093-691-7553
産業医科大学病院　外来予約係いき

フリガナ　（男・女） 患者氏名　（　　才）	貴院の名称及び所在地
生年月日（T・S・H）　年　月　日	診療科　担当医師　先生
予約希望日時、時間帯、曜日等 平成　年　月　日　曜日 時　分	TEL　（　　）－　－ FAX　（　　）－　－

検査予約を円滑に行うため、以下の事項について事前にお知らせ下さい。

- 検査部位　＊複数選択可
  - □頭部　□眼窩　□副鼻腔　□側頭骨
  - □頸部　□胸部　□腹部　□骨盤
  - □四肢（　　）　□脊椎（　　）
  - □その他（　　）
- 検査目的　例）肺結節の精査、肝腫瘍の精査、乳癌術後 follow up 等
  （　　）
- 造影の有無　□有 or □無
- 造影禁忌事項等の確認
  - 造影剤アレルギー　□有 or □無
  - ヨードアレルギー　□有 or □無
  - 気管支喘息　□有 or □無
  - 腎機能障害　□有 or □無
  - 感染症　□有 or □無　有の場合（　　）

- 検査当日は 30 分前には来院されて下さい（特に放射線科初診の方は遅れないようにお願いします）。総合受付にて受付をされて下さい。
- 結果は原則として CD-R で読影レポートと共に患者様にお渡しします。
  フィルムを希望される場合はお知らせ下さい。　フィルム希望　□
  結果が出るまで検査終了後 1 時間程度要します。
- 造影検査の場合は検査前 1 食を絶食とします。検査前に造影剤使用についてこちらで説明し、同意書を書いていただきます。