CT 検査　診療情報提供書

FAX　0120-927-489
産業医科大学病院　外来予約係行き

フリガナ　（男・女） 患者氏名　（　　才） 患者連絡先	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 令和　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。
  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。