

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)	貴院の名称及び所在地
患者氏名 (才)	
患者連絡先	
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。