

診療情報提供書（CT検査依頼書）

記入していただき所沢中央病院へFAXをお願いいたします。
FAX 04-2991-4655

医療法人社団和風会 所沢中央病院

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

予約日時 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ：	生年月日：
患者氏名： 様（男・女）	年 月 日
住所：	電話番号：
臨床診断・現病歴（必須）	
検査目的（必須・詳細に記入お願いいたします）	

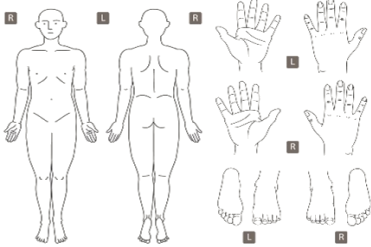
CT検査

☐ 単純のみ ☐ 単純＋造影（平衡相のみ ・ ダイナミック）

・ 造影検査は、造影剤使用検査問診票を記載ください。また、腎機能(血清クレアチニン値)を含む
3ヶ月以内の血液データがあれば添付してください。尚、透析中、eGFRが30以下は造影検査不可となります。
ビグアナイド系糖尿病薬を内服している方は、検査日を含めた前後2日（計5日間）の休薬をお願いします。

- | | | | |
|----------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 頭部 | ☐ 頭部 | ☐ 副鼻腔 | ☐ 内耳 |
| 脊椎 | ☐ 頸椎 | ☐ 胸椎 | ☐ 腰椎 |
| 頸部 | ☐ 頸部 | | |
| 胸部 | ☐ 胸部 | | |
| 腹部 | ☐ 腹部 | ☐ 腹部・骨盤腔 | ☐ 骨盤腔 |
| 複合部位 | ☐ 頸部～胸部 | ☐ 胸部～上腹部 | ☐ 胸部～腹部・骨盤腔 |
| 四肢 | ☐ 肩関節 | ☐ 肘関節 | ☐ 手関節 |
| (みぎ・ひだり) | ☐ 膝関節 | ☐ 足関節 | ☐ 足趾 |
| その他の部位 | ☐ 部位 () | | |

* 必要であればシェーマを活用ください



【検査を安全に施行するため必ずご確認ください】

(有の場合は詳細を記入してください)

- | | | |
|--|-------|-----|
| ☐ 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器（ICD） | 無 ・ 有 | 種類： |
| ☐ 脳深部刺激装置・脊髄刺激装置 | 無 ・ 有 | |
| ☐ 体内金属・電子機器 | 無 ・ 有 | |

* 上記の有りに該当するものは撮影範囲より外して撮影させていただく可能性があります。

* 右記をご確認いただき、チェックをお願いします ☐ 妊娠の可能性がない ☐ 授乳中ではない

画像データのお渡しはDVD-Rとさせていただきます。

☐ 読影レポート不要（不要の場合のみチェックお願いいたします）

外部委託CT検査予約表および検査説明

フリガナ			生年月日	年	月	日
患者氏名			性別	男	・	女
検査日時	年		月		日	時 分
検査部位	単純 ・ 造影		依頼元施設名		医師名	

CT検査とは

☆X線を使用して体の断面写真を撮影する検査です。

身体の細かな情報を得ることが可能で、様々な疾患の診断が可能となります。

☆CT検査ではX線を使用するため、検査の必要性和メリットが被ばくのリスクを上回ると医師が判断した場合にのみ検査を行います。

検査当日

☆単純検査と造影検査で来院時間が異なります。

単純検査 予約時間の30分前までに病院受付にお越しください。

造影検査 予約時間の60分前までに病院受付にお越しください。

※ 造影検査の場合は腎機能の確認が必要なため、採血を行い腎機能を確認する場合があります。確認に時間がかかりますので早めに病院へお越し頂いております。

※ 時間に遅れて来院された場合は、検査時間が遅くなる可能性があります。予めご了承ください。

☆検査時間は撮影部位や造影の有無により異なります。

単純撮影 5～15分程度 造影検査 20～30分程度

【注意事項】

☆ 下記に該当する方は検査を受けられないことがあります。事前に担当医にお申し出ください。

- ・妊娠中または妊娠している可能性のある方
- ・脳深部刺激装置（DBS）をご使用の方
- ・埋め込み型除細動器（ICD）、心臓ペースメーカーをご使用の方
- ・両心室ペーシング機能付き埋め込み型除細動器（CRT-D）をご使用の方
- ・インスリンポンプ、グルコースモニタ、持続血糖測定器（リブレ）等の電子機器をご使用の方

☆ 造影検査と腹部検査では食事制限をしていただく場合があります。水分制限はありません。午前中検査は朝食、午後の検査は昼食を摂らないでください。

☆ 金属が画像に影響いたします。撮影部位によって検査着に着替えて頂く場合があります。

『頭部』眼鏡・補聴器・入れ歯・ピアス・イヤリング等の金属類は外して頂きます。

『頭部以外』更衣しやすい服装で、金属のない下着を着用してください。

☆救急患者受け入れ等のため、検査開始が遅れる場合があります。予めご了承ください。

☆検査のキャンセルや検査時間に来院出来ない場合は、早めに下記にご連絡ください。

医療法人社団 和風会 所沢中央病院

TEL: 04 - 2994 - 1265（代表）