

診療情報提供書 CT検査

社会医療法人社団 尚篤会 赤心堂病院
〒350-1123
埼玉県川越市脇田本町25-19
TEL 049-249-0808 (患者支援室)
FAX 049-241-2856
担当医師 宛

紹介医療機関名
TEL
FAX
医師名

予約日時 月 日 () 時 分

患者様情報	フリガナ	生年月日
	お名前	男・女 年 月 日 (歳)
	住所 〒	電話番号 - -

傷病名		撮影部位	
紹介目的	CT(単純) 検査依頼 放射線科医師による読影を希望 (する ・ しない)		
経過	(症状・検査結果・治療・現在の処方・既往歴・家族歴等)		

CT検査 問診票

※患者様をご記入、または該当するものに 印をお付けください。

予約日時 _____月_____日 () _____時_____分

フリガナ

生年月日

お名前 _____

男・女 _____年_____月_____日 (_____歳)

1. 装着品等がありますか。 (はい ・ いいえ)

☐入れ歯、義歯、歯列矯正具 ☐補聴器 ☐貼り薬（湿布等） ☐エレキバン

※CT検査の際には撮影部位により、めがね、貴重品、金属のついた衣類・下着、時計、カイロ、シップ、エレキバンなど、身につけている金属類は、はずしていただきます。

2. 1週間以内にバリウムを使用する検査を行いましたか。 (はい ・ いいえ)

※過去 1 週間以内は検査できません。

3. 体内に金属や医療機器はありますか。 (はい ・ いいえ)

(血糖測定器リブレを装着したままでは検査できません。)

4. 女性の方のみご回答ください。

現在妊娠していますか、またはしている可能性はありますか。 (はい ・ いいえ)

～注意事項～

・腹部検査の方は食事制限があります。

◆午前の検査の方は朝食を摂らないでください。ただし、水やお茶・薬は飲んでもかまいません。

◆午後の検査の方は昼食を摂らないでください。ただし、水やお茶・薬は飲んでもかまいません。

・検査予約日は、検査開始 3 0 分前に初診受付窓口までお越しください。

・検査当時は、診療情報提供書・問診票（この用紙）・保険証・診察券(以前におかかりの方)を必ず持参してください。