

CT検査依頼票

(診療情報提供書)



さぎぬま
脳神経クリニック

※FAX送付後は
貴院控えとして下さい

CT

FAX:044-860-5130

〒216-0004 川崎市宮前区鷺沼3-2-6 1F TEL:044-860-5131

フリガナ氏名	(貴院カルテNo.) 当院受診歴 無・有
生年月日	様 男・女
連絡先	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所	携帯電話 - -
	TEL () 自宅・勤務先

●予約日時	令和 年 月 日 ()
来院時間	午前・午後 時 分
依頼元医療機関名/診療科名/担当医 ゴム印可	
依頼元TEL	()
依頼元FAX	()

保険者番号	公費負担者番号	本人・家族・継続
保険証の記号・番号・枝番	公費負担医療の受給者番号	

提供方法	画像 <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> お持ち帰り	媒体 <input type="checkbox"/> CD-R レポート <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> FAX
造影	1. 無	■お問い合わせ先 TEL 044-860-5131
食事制限	<input type="checkbox"/> 4時間前から(造影または腹部)	<input type="checkbox"/> 8時間前から(胆嚢)

■事前チェックをお願い致します。

全ての検査においてご記入下さい		
心臓ペースメーカー (メーカー名:)	無・有	(体内金属物) クリップ・金属・その他留置物 (脳動脈クリップ、心臓弁 ステンツ、コイル、人工骨頭など) 「有」の場合は以下をご記入ください。 ①手術などの時期(年) ②内容(存在場所・素材なども)
		無・有
		(その他) 1. 妊娠の可能性 無・有 2. その他 ()

上記造影2または3の場合においてご記入ください		
造影検査を受けたことがある	無・有	その他薬剤に関する副作用の既往
造影剤に対する副作用の既往	無・有	食物・その他アレルギー
ヨードアレルギー	無・有	重篤な肝障害
ぜん息	無・有	感染症 Tb・HBV・HCV・HIV
		ビグアナイド系糖尿病薬内服
		βブロッカー内服
		透析
		授乳

患者情報	身長(cm)	体重(kg)	手術経験 無・有	移動 独歩・車椅子・寝台
------	---------	---------	----------	--------------

臨床診断/検査目的	次回受診予定日 月 日	※所見図示
腎障害(無・有) クレアチニン(me/dl) BUN(me/dl)		
検査部位 ※1回の検査は1部位のご依頼とさせていただきます。		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	
(以下の詳細についても可能な限りチェックをお願い致します。)		
<input type="checkbox"/> 頭部スクリーニング	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭	<input type="checkbox"/> 肺野
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 縦隔
<input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 大動脈
<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> その他
()		<input type="checkbox"/> 腎臓
		<input type="checkbox"/> その他
		()
		()

※所見部を詳しく図示して下さい。
又は、撮影範囲を線で囲んで下さい。

CT検査予約票



さぎぬま 脳神経クリニック FAX:044-860-5130

〒216-0004 川崎市宮前区鷺沼3-2-6 1F TEL:044-860-5131

フリガナ氏名	(貴院カルテNo.) 当院受診歴 無・有
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
連絡先	携帯電話 - - TEL () 自宅・勤務先
住所	

●予約日時	令和 年 月 日 ()
来院時間	午前・午後 時 分
依頼元医療機関名/診療科名/担当医 ゴム印可	
依頼元TEL	()
依頼元FAX	()

保険者番号		・本 人 族 続	公費負担者番号	
保険証の記号・番号・枝番		・家 族 続	公費負担医療の受給者番号	

提供方法	画像 <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> お持ち帰り	媒体 <input type="checkbox"/> CD-R	レポート <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> FAX
造影	1. 無 ■お問い合わせ先 TEL 044-860-5131		
食事制限	<input type="checkbox"/> 4時間前から(造影または腹部) <input type="checkbox"/> 8時間前から(胆嚢)		

■事前チェックをお願い致します。

全ての検査においてご記入下さい		
心臓ペースメーカー (メーカー名:)	無・有	(体内金属物) クリップ・金属・その他留置物 (脳動脈クリップ、心臓弁 ステンツ、コイル、人工骨頭など) 無・有 「有」の場合は以下をご記入ください。 ← ①手術などの時期(年) ②内容(存在場所・素材なども)()
		(その他) 1. 妊娠の可能性 無・有 2. その他()

上記造影2または3の場合においてご記入ください		
造影検査を受けたことがある	無・有	その他薬剤に関する副作用の既往 無・有
造影剤に対する副作用の既往	無・有	食物・その他アレルギー 無・有
ヨードアレルギー	無・有	重篤な肝障害 無・有
ぜん息	無・有	感染症 Tb・HBV・HCV・HIV
		ビグアナイド系糖尿病薬内服 無・有
		βブロッカー内服 無・有
		透析 無・有
		授乳 無・有

患者情報	身長(cm)	体重(kg)	手術経験 無・有	移動 独歩・車椅子・寝台
------	---------	---------	----------	--------------

受診者の方へ ①～⑤の事項をよくお読み下さい。

- ①予約時間までにお越しください。保険証とこの予約票を御持参ください。
予約時間には遅れないようにご注意ください。予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい。
- ②検査日時の変更またはキャンセルにつきましては、なるべく検査前日までにお願致します。
- ③検査を安全に行う為、下記の質問にお答えください。
 1. どの様な症状がいつごろ生じましたか。(症状: 発生時期:)
 2. これまでCT検査を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
 3. 現在治療中の病気はありますか? (はい _____ ・いいえ)
 4. 現在服用中のお薬はありますか? (はい: 薬剤名 _____ ・いいえ)
 5. これまで手術を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
 6. (5.で「はい」の方のみ) 手術の時期(昭和・平成・令和 年)、手術または病気の名前()
 7. (検査画像の使用について) 個人情報守秘の上、研究目的などの画像使用に限り承諾します。(はい・いいえ)

(造影検査の方は、検査前の説明をお聞きになってから以下の欄にご署名願います。) 検査実施につき同意します。

令和 年 月 日 署名 _____

当クリニック
への地図は、
裏面を御参照
ください

裏面もお読み下さい

④CT検査をお受けになる方へ

- CT検査は、X線を利用して体内の断層像を撮影するものです。横になっているだけで検査は終了します。
- 造影検査または腹部の検査を受けられる方は、食事制限があります。
- 妊娠の可能性がある方や妊娠中の方は、原則CT検査を受けられません。

⑤造影検査をお受けになる方へ

- 検査には単純撮影（造影剤を使わない検査）と造影検査（造影剤を使った検査）があります。
- 造影検査は、病巣内の血流の状態を把握したり、病変と血管との解剖学的関係を知ったりすることにより、単純撮影では判断しにくい病変の検出能を高めることを目的としています。
- 造影検査は4時間前からの食事制限があります。（但し、胆のう、膵胆管の検査は8時間前からの食事制限となります。）普段お飲みになられているお薬がある場合は、その服用については主治医のご指示に従って下さい。

【造影検査で使用するお薬について】

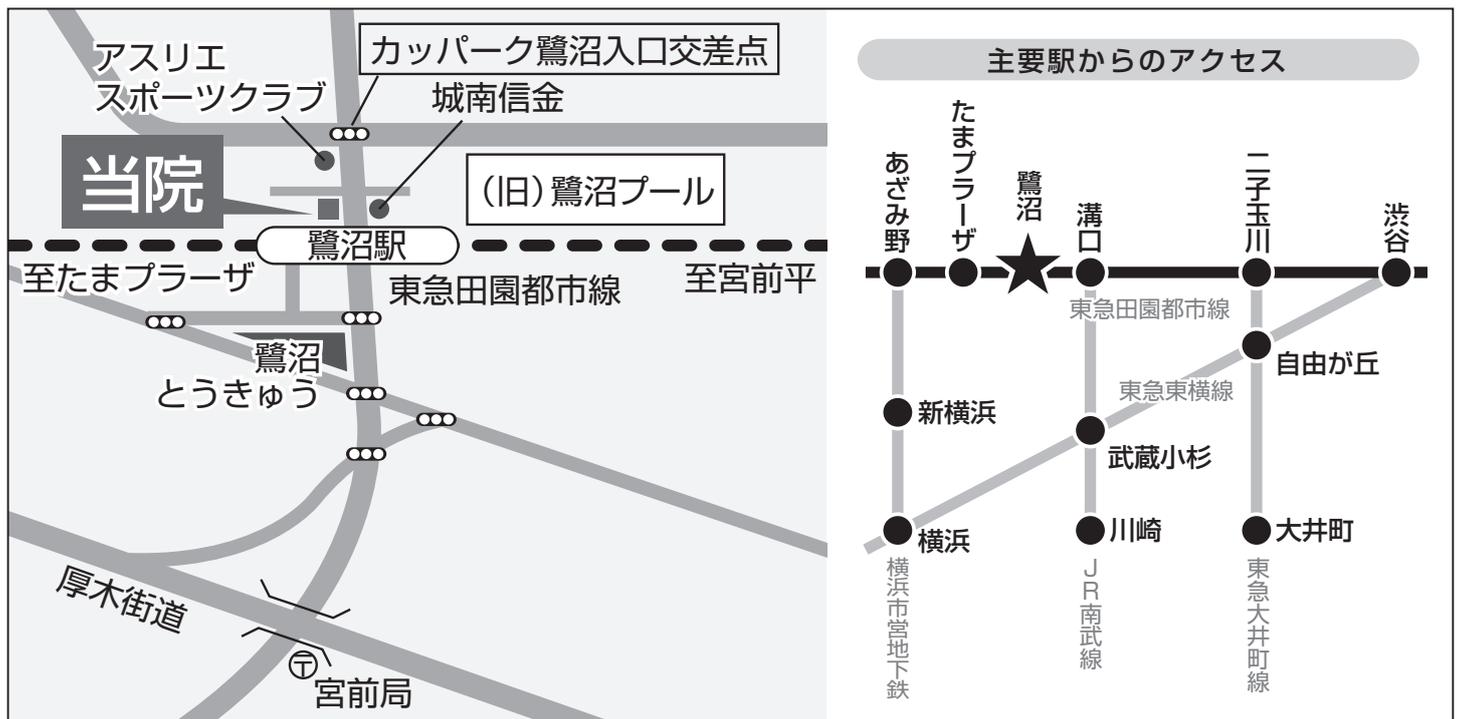
- 検査目的によって静脈から注射するお薬と飲むお薬があります。
 - 造影検査で使用するお薬は安全なものですが、喘息やアレルギーなどをおもちの方は、造影剤の使用ができない場合があります。
- また、患者様のご体調や体質によっては副作用（発疹やかゆみなどのアレルギー症状）が出現することもありますので、医師がお薬の使用が可能かどうかを判断し、ご本人様からの承諾を得たうえで実施しています。

【検査後の注意事項】

- ・検査後は、普段どおりの生活をしていただいて構いません。
- ・造影剤は主に尿として排泄されますので、検査終了後は水分を多めに摂取して下さい。

検査についてより詳しくお知りになりたい方はホームページをご覧ください。
 URL <https://www.noushinkei.com> 検索ページにて"さぎぬま脳神経クリニック"と検索して下さい。

当クリニックへの交通案内図



●東急田園都市線：鷺沼駅より徒歩1分

※周辺の道路や駐車場は大変混雑しておりますので、お車でのご来院の際はご注意ください。



さぎぬま 脳神経クリニック

TEL : 044-860-5131

〒216-0004 川崎市宮前区鷺沼3-2-6 1F

予約時間までにお越しください。保険証と、この予約票を御持参ください。予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい。

● ご不明な点・ご質問がございましたら、お気軽に当クリニックまでお問い合わせ下さい。