

【CT(単純)】 共同利用依頼書/予約票

医療機関名

紹介医師名

(フリガナ) 氏 名	神戸掖済会病院受診歴
様 男・女	有 (ID) 無
生年月日	年 月 日生 (歳)
〒 住所	
☎ 自宅 ()	— 連絡先 () —
検査日 (希望日時)	月 日 () 時 分
病名ないし疑い診断 検査目的	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 内耳、中耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上～下腹部 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 (腹部検査のオプションとして行います。単体でのお申込みはできませんのでご了承下さい) <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)
検査結果 CD-R	<input type="checkbox"/> 患者さん渡し希望 <input type="checkbox"/> ご依頼元の医療機関へ郵送希望 ※到着に2～3日程かかります ※郵送料がかかります
以下の場合は、検査対象外となりますのでご了承ください。必ず事前にご確認ください。 ・妊娠中の方、授乳中の方 ・ICD埋込型(除細動器)を挿入されている方	
ご依頼元医療機関様 ① 当院地域医療連携室 078-781-1411 へお電話の上、検査希望日時をお伝え下さい。 ② 検査日時を本用紙にご記入の上、地域医療連携室 078-781-7300 へFAXして下さい。 ③ 本用紙とCT説明用紙を患者様にお渡し下さい。	
患者様 本用紙とCT説明用紙を持参の上、神戸掖済会病院2階放射線科受付にお越し下さい。	

申し込み先:神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300

CT(単純)検査を受けられる方へ (共同利用)

CT検査とは

CT検査は、細いX線束を多数照射して得られた情報を、コンピューターで解析して人体の断層画像を撮影する検査です。CT装置のベッド上に横になっているだけで検査は数分で終了します。痛みなどは伴いませんが、数秒間、息を止めていただいたりします。また、X線を用いての検査になりますので、少量の放射線被ばくを伴いますので、妊娠の可能性のある方は、予め主治医とよく相談して下さい。

検査に関する注意事項

- ① 検査部位によっては、検査前に半日の絶食が必要な場合があります。薬を服用しておられる方やインシュリンを使用しておられる方は、絶食時に薬やインシュリンをどうするか、主治医に確認して下さい。
- ② 検査着に着替えていただきますので、なるべく着替えやすい服装でお越し下さい。

検査中のお願い

- ① 検査中はベッド上でリラックスしてお休みください。検査中は動かないようにお願いします。
- ② 検査の時間は数分です。検査中はマイクを通して担当者と会話ができますのでご安心下さい。
- ③ 胸部、腹部の検査では、しばらくの間息を止めていただくことがあります。

検査当日

- ① 腹部(胸部・腹部同時撮影時含む)の検査を受けられる方は、予約時間の4時間前から絶食して下さい。それ以外の部位の場合は、通常通り食事をしていただいて大丈夫です。
- ② 検査当日は、予約時間の10分前にお越しいただき、予約票を2階放射線科受付にお出し下さい。
※お身体が不自由な方、あるいは認知症がある方は、付き添いの方の送迎をお願い致します。
- ③ 緊急検査や装置の事情により、順番が前後したり検査が遅れることがあります。予めご了承下さい。
- ④ 来院できない場合は、前もって必ずご連絡下さい。



※ 検査をキャンセルされる場合は、下記までご連絡下さい。

TEL:078-781-1411

神戸掖済会病院 地域医療連携室