

# CT 検査依頼票（診療情報提供書）

Ver.3.02

フリガナ 患者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R                      年                      月                      日                      (                      才)			
患者 TEL (携帯)	(                      )                      -	やわらぎクリニック 受診歴	有 ・ 無	
紹介元医療機関名		医師名		

検査予約日時	令和                      年                      月                      日 (                      )                      AM ・ PM                      時                      分
--------	---

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脊椎 (                      )
	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 四肢 ( 右 ・ 左 ・ 両                      )
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> その他 (                      )
	<input type="checkbox"/> 胸部	
	<input type="checkbox"/> 胸部 ~ 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 上腹部	
手技	<input type="checkbox"/> 単純	
	<input checked="" type="checkbox"/> 造影	
	<input type="checkbox"/> 上腹部 ~ 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
※ 複数可		

検査目的 :

既往歴、現症 :  
(手術歴)



・ 妊娠あるいはその疑い     無     有

・ 読影                                       要     不要

**予約方法について**

① 当院に電話にてご連絡の上、検査予約日を確定してください。

② 診療情報ご記入後、下記にこの用紙を FAX または e-mail 添付にて送信をお願いします。

③ 2枚目の検査のご案内に記入の上、患者さまにお渡しください。


 YAWARAGIKAI NETWORK  
 医療法人 やわらぎ会  
**やわらぎクリニック**  
 〒636-0822  
 奈良県生駒郡三郷町立野南 2-8-12  
 TEL : 0745-31-6611    FAX : 0745-31-6622  
 e-mail : yawaragi.clinic@gmail.com

## CT 検査のご案内

氏名	様
検査部位	
予約日時	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

## ◆当日のご案内

- 1 受付手続きのため、検査予約時間の10分前に2階受付にお越しください。
- 2 受付が終わりましたら放送にて呼びいたしますので、待合室にてお待ちください。
- 3 当日のお持ち物は、以下の通りです。
  - (1) CT 検査のご案内 (この用紙)
  - (2) 健康保険証
  - (3) 診察券 (以前にやわらぎクリニックにかかったことがある方のみ)

## ◆検査のご案内

良い検査を行うために、下記の注意事項をお願いいたします。

- 1 検査時間は、15～30分程度です。
- 2 救急患者さんと重なった場合は、予約時間より遅れる場合がございますので、ご了承ください。
- 3 医療機関から、資料 (X線写真、CD-R等) を預かっている場合は、忘れずにお持ちいただき、受付手続きの際受付にお渡しください。これらの資料は、検査終了後にお返しします。

## 4 各検査項目についての注意事項

## 【頭部の検査を受けられる方】

- \* ヘアピン、イヤリングなどの金属類を身に着けないでご来院ください。

## 【腹部の検査を受けられる方】

- \* 午前の検査 : 検査当日の朝は、食事を摂らないでご来院ください。
- \* 午後の検査 : 検査当日の朝の食事は軽く済ませて、お昼の食事は摂らないでご来院ください。
- \* 検査時に尿が溜まった状態が望ましいので、検査2時間前より排尿は避けてください。
- \* 水やお茶など、飲水制限はありません。(炭酸水はお避け下さい)

## 5 その他の注意事項

- \* なるべく軽装にてお越しください。(検査着に着替えていただく場合がございます。)
- \* キャンセルされる場合は、できるだけ早く下記あてにご連絡ください。



YAWARAGIKAI NETWORK

医療法人 やわらぎ会

やわらぎクリニック

〒636-0822 奈良県生駒郡三郷町立野南 2-8-12

TEL : 0745-31-6611 FAX : 0745-31-6622

e-mail : yawaragi.clinic@gmail.com

やわらぎクリニック  
検査当日の流れ

①  
受付

- 予約時間の 10 分間までに、**2 階 外来窓口**にお越しください。
- 検査予約時に紹介元医療機関より渡された【CT 検査のご案内】をご提示ください。

②  
検査実施

- 看護師より渡されるファイルをお持ちになり、**1 階 CT 室**へお越しください。  
( CT 操作室前ドアにファイルを入れる箱がございます。 )
- 検査に際し、技師の指示に従っていただくよう、ご協力をお願い致します。

③  
お会計  
検査データのお渡し

- 当院でのお会計はございません。
- 検査画像データ (CD-R) は、当日、患者様へお渡しします。  
読影結果が必要な場合には、後日、検査ご依頼のあった医療機関に郵送させていただきます。

地図  
アクセス