

CT 検査依頼票（診療情報提供書）

Ver.2.03

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
--------	----	---	---	-------	---------	---	---

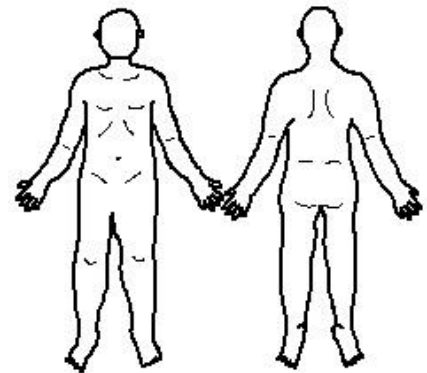
検査 部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()
	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 四肢 (右 ・ 左)
	<input type="checkbox"/> 頸部	
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 胸部 ~ 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 上腹部	
	<input type="checkbox"/> 上腹部 ~ 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	

※ 複数回可

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 当院にご連絡後、検査予約日を確定してください。

TEL 0745-31-6611

② 診療情報ご記入後、下記にこの用紙を FAX お願いします。

FAX 0745-31-6622

③ 2 枚目の検査のご案内に記入の上、患者さまにお渡してください。

 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

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 検査依頼医師から、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・または造影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。(腹部のみ)
- * 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