

## 診療情報提供書 兼 CT撮影依頼書

<紹介先>

医療法人医徳会 真壁病院  
担当医先生 宛

年 月 日

電話番号 0225-82-7111

FAX番号 0225-82-7149

<ご紹介元>

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

⑩

予約日時	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>年</span> <span>月</span> <span>日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <span>時</span> <span>分</span> </div>
------	--

カナ				西暦
患者氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話番号	
体重		移動	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	
	k g			

診断名	
撮影目的	
病状 及び 治療経過	

検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 心臓 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部 ・ 骨盤部 (右/左) 肩関節 ・ (右/左) 股関節 ・ (右/左) 膝関節 ・ その他 ( )
造影	無 ・ 有 (右記記載ください) → CRE _____mg/d l eGFR _____ml/min/1.73m <sup>2</sup>
読影	希望しない ・ 希望する
その他	

本書を記載後、上記FAX番号へご送信ください。

## CT撮影について（患者様用）

患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日（ 歳）
予約日時	年 月 日 時 分 ※予約時間の30分前迄に受付をお願いします。		
撮影 医療機関	医療法人医徳会 真壁病院 住 所：宮城県東松島市矢本字鹿石前109-4 電話番号：0225-82-7111		

### CT撮影とは？

CT撮影は、トンネルの中に身体を入れ、X線を利用して断面像を撮影します。  
身体の断面像を細かく撮影することができ、病変の診断に大変役立ちます。

### CT撮影の注意事項

- ・閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。撮影できない場合があります。
- ・次の医療機器が入っている方は一部の検査ができない場合があります。  
確認が必要もの：心臓ペースメーカー

### 予約～当日の注意事項

- ・予約日時を変更したい場合や予約をキャンセルしたい場合、真壁病院放射線室(0225-82-7111)までご連絡ください。(受付時間 8時30分～16時迄)
- ・撮影当日は、次のものをご持参ください。  
保険証、紹介状、CT撮影について(本書)
- ・撮影予約時間の30分前には受付をお済ませください。
- ・腹部撮影又は造影撮影をおこなう場合、午前中に撮影をされる方は朝食を摂らないでください。  
また午後に撮影をされる方は、昼食を摂らないでください。  
なお、腹部撮影と造影撮影以外の方は、食事に制限はありません。

### 受付後～撮影中の注意事項

- ・撮影前に検査着に着替えていただく場合がございます。  
また、金属性のものは外していただきます。
- ・撮影時間は、撮影部位により異なります15～60分程度かかります。  
撮影中は、『ゴン・ゴン』と大きな音がします。正常な撮影音ですのでご了承ください。  
撮影中に身体が動くと画像が乱れてしまいます。できるだけ動かないようにお願いします。

ご不明な点や心配なことがありましたら真壁病院放射線室(0225-82-7111)までお問い合わせください。