

X 線 CT 検査依頼

ID(小西病院) :

氏名(カナ) :

生年月日

年 月 日

性別 : ☐ 男性 ☐ 女性

妊娠(女性のみ) : ☐ 有 ☐ 無

<予約日時>

年 月 日 時 分

<紹介元医療機関>

<依頼内容>

【画像データ】

☐ 当日(本人手渡し)

☐ 後日(読影結果と併せて)

【撮影内容】

☐ 単純

☐ 造影(別紙の承諾書をご記入の上、ご同封ください)

※同意書を確認できない場合は、検査できません

【撮影部位】

☐ 頭部

☐ 副鼻腔

☐ 頸部(甲状腺)

☐ 胸部(肺・縦隔)

☐ 腹部(上腹部・骨盤腔)

☐ 四肢()

☐ 頸椎・胸椎・腰椎() ~ ()

☐ その他()

【依頼理由】

医師

★読影日は毎週木曜日

★結果は金曜日以後、各医療機関へお届けいたします

★整形外科領域の骨折に関しては、読影は行いませんのでご了承ください



医療法人 藏春堂
小西病院
KONISHI HOSPITAL

〒561-0802
大阪府豊中市曽根東町2-9-14
TEL.06-6862-1701

氏名：

(患者様用)

生年月日： 年 月 日

CT 検査予約票

CT 検査予約日時

月 日 (曜日) 時 分

検査項目

【頭部・頸部・胸部・腹部・四肢】の【単純・造影】CT 検査

※緊急を要する患者様を優先する場合がございます。あらかじめ、ご了承ください。

注意事項（検査のためにお読みください）

- 1、撮影部位に金具（ファスナー、ホック、アクセサリ、カイロなど）がある場合は、外すあるいは検査着に着替えていただく場合がございます。
(金具のついていないズボンやブラジャーの場合はそのまま撮影が可能です)
- 2、妊娠の可能性がある方は検査前に申し出てください。
- 3、検査前3日間はバリウムを用いた検査はしないでください。
- 4、腹部の検査をされる方は、検査予約時間の約6時間前よりお食事をとらないでください。
水、お茶は飲んでもかまいません。
- 5、普段飲まれているお薬は、通常通り服用してください。
- 6、造影剤を用いて検査をされる方は、別紙「造影剤の検査を受けられる患者様へ」をご参照ください。

予約の変更、キャンセルはお早めにご連絡をお願いします。

「紹介状を取りに行けなかった」・「食事してしまった」・ご不明点などの場合は事前に紹介元のクリニックや小西病院にご連絡をお願いします。



医療法人藏春堂 小西病院

電話番号 06-6862-1701